Nr. 2. 10. stycznia 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

A. C. IVY i W. KOSKOWSKI. Chicago Ill.

Wpływ usunięcia trzustki na wydzielanie i własności soku jelitowego.

Z Zakładu fizjologicznego Uniwersytetu Chicago.

Badania nasze, z których obecnie, po krótce zdajemy sprawozdanie, miały jako cel poszukiwanie czy istnieje jakakolwiek zależność pomiędzy czynnością fizjologiczną trzustki a wydzielaniem i własnościami soku jelitowego. Różne znane fakty wskazywały na to, że zależność taka prawdopodobnie istnieje. Wiadomo jest, że sok trzustkowy i sok jelitowy posiadają pewne fermenty o podobnej naturze. Znaną jest rzeczą, że psy, u których dokonano dokładnego podwiązania przewodów trzustkowych lub u których usunięto trzustkę lecz które otrzymują insulinę żyją, i podtrzymują swe trawienie zadziwiająco dobrze. Fakt ten nasunął wskutek tego przypuszczenie, że zachodzi wtedy pewna zmiana kompensacyjna w soku jelitowym. Wreszcie badania wielu autorów wskazują na to, że trzustka ma pływ na regulowanie stężenia diastaz we krwi i w moczu Schlesinger 1908. Carlson i Luckhardt 1908, Olten i Galloway 1910, Wohlgemuth i Noguchi 1912).

Metodyka doświadczeń.

Do badań naszych używaliśmy psów, u których izolowano pętlę górnej części jelita czczego, według metody Thiry'ego lub Thiry-Vella. Po zupełnem wygojeniu przetoki obserwowano zarówno ilość wydzielanego soku jelitowego jak i stężenia trzech fermentów a mianowicie inwertazy, amilazy i lipazy. Zbierano sok jelitowy wydobywający się samoistnie oraz wypływający z przetoki po podskórnem wprowadzeniu histaminy w ilości 4 mgr.

Fermenty badano bezpośrednio po zebraniu soku. Sok rozcierano energicznie w moździerzu z tłuczonem szkłem celem zniszczenia ściany komórek zawierających endofermenty (inwertaza i amilaza) i uwolnienia ich przez to. Stężenie inwertazy w soku jelitowym oznaczono zapomocą następującej metody: 4 gr. sacharozy rozpuszczano w 100 cm³ mieszaniny fosforanu drugo i pierwszorzędowego ($Na_2HPO_4+KH_2PO_4$). Moderatory dobierano w ten sposób, by uzyskać optimalne stężenie wolnych jonów wodorowych dla czynności inwertazy. W soku jelitowym psa, jak przekonaliśmy się uprzednio, inwertaza ma optimum swego działania przy $H=10^{-6}$. Do mieszaniny w ten sposób przygotowanej dodawano 0,5 cc. soku jelitowego, dokładnie roztartego, parę kryształków NaCl i wreszcze kilka kropli toluolu celem powstrzymania działania drobnoustrojów. Tak przygotowaną mieszaninę wstawiano na 24 godziny do cieplarki (40 C.). Dla kontroli odwirowywano natychmiast po przygotowaniu mieszaniny pewna jej część i odczytywano w polarymetrze Schmidt-Henscha stopień skręcania. Zabieg ten powtarzano po 24 godzinach w sposób identyczny. Różnice w stopniu skręcania tej samej mieszaniny bezpośrednio po przygotowaniu i po 24 godzinach działania fermentu były sprawdzianem zachowania się stężenia inwertazy u badanych psów.

Dla oznaczania stężenia amilazy używano znanej metody Robertsa, dla badania lipazy metody miareczkowej z użyciem maślanu etylowego.

Pokarm, który podawano psom składał się z 250 gr. mięsa, 25 gr. chleba pszennego, NaCl i wody. Ilości wymienione podawano raz dziennie o oznaczonej porze. Przez dwa pierwsze dni po usunięciu trzustki psy dostawały jedynie mleko i wodę.

W okresie wstępnym badania — przed usunięciem trzustki— wykonano u każdego psa od 4 do 12 określeń stężenia wymienionych wyżej fermentów celem poznania wartości prawidłowych. Po usunięciu trzustki oznaczenia robiono prawie codziennie, zachowując jednak ten sam odstęp czasu w zbieraniu i oznaczaniu fermentów co i przed operacją. Wogóle starano się zachować podobne warunki doświadczeń przed i po usunięciu trzustki.

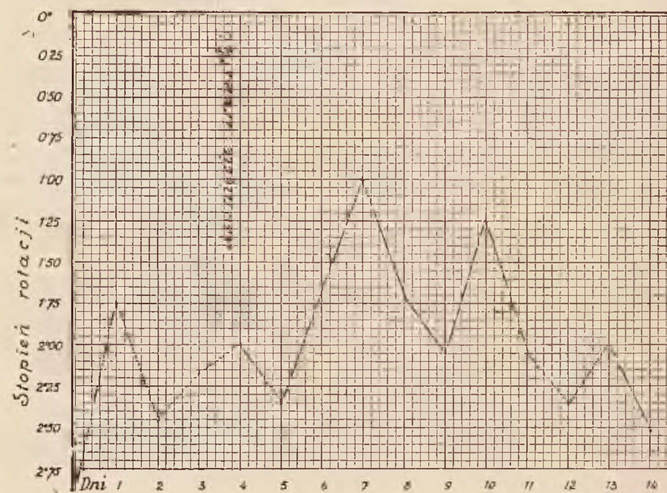
Do doświadczeń użyto pięciu psów.

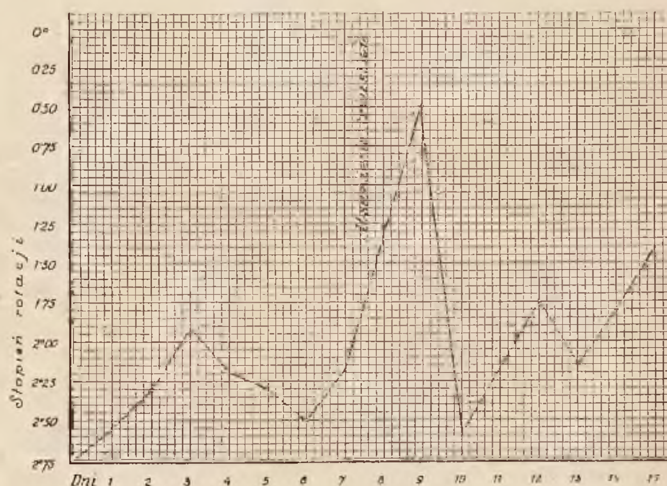
Wyniki badań.

Wyniki doświadczeń odnoszące się do zachowania się inwertazy ilustrują zamieszczone krzywe.

Inwertaza. Przed usunięciem trzustki, stężenie inwertazy w soku jelitowym badanych przez nas psów było mniej więcej stałe. Po usunięciu natomiast tego gruczołu nastąpiło w okresie jednego do trzech dni po operacji znaczne wzmożenie się stężenia inwertazy następnie spadek krótkotrwały prawie do zera i wreszcie przejście w okres powrotu do normy z tendencją jednak do wzrostu stężenia ponad wartości prawidłowe. U jednego z naszych psów inwertaza znika prawie zupełnie z soku jelitowego w pierwszym okresie po operacji bez poprzedzającego wzmożenia się stężenia.

Amilaza. Stężenie amilazy w soku jelitowym psów z usuniętą trzustką zachowywało się rozmaicie. Nie ulegało ono zmianie zupełnie (dwa psy) lub też zmniejszało się znacznie w okresie dwóch do siedmiu dni po operacji (trzy psy) i w rezultacie powracało do normy.





Lipaza. Usunięcie trzustki nie wywierało żadnego dostrzegalnego wpływu na zachowanie się lipazy w soku jelitowym.

Ilość soku. Zmiany w ilości wydzielanego soku samoistnie lub pod wpływem podskórnie wprowadzonej histaminy obserwowano jedynie u jednego psa. W przypadku tym, ilość wydzielanego soku po histaminie wzrastała sześciokrotnie. Zjawisko to wystąpiło jedynie dwa razy i to w pierwszym okresie po usunięciu trzustki.

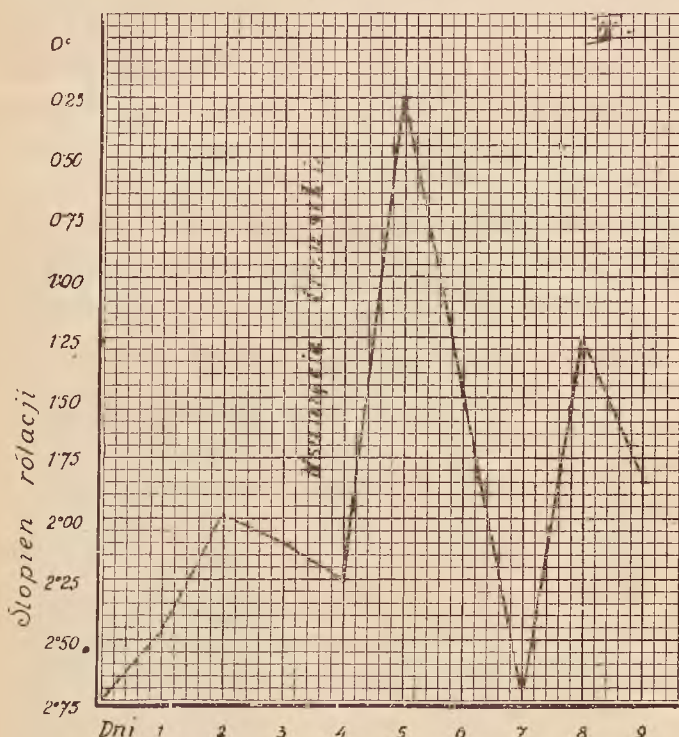
Wzrost stężenia inwertazy w soku jelitowym psa po usunięciu trzustki, nie posiada żadnego związku ze wzrostem ilości wydzielanego soku.

Pokarm. U psów przez nas badanych utrzymywaliśmy stałą dietę, by warunki doświadczeń były możliwie do siebie podobne. U jednego jednak psa w pierwszym okresie badania — przed usunięciem trzustki — celowo zmienialiśmy podawany pokarm a nawet poddawaliśmy psa głodzeniu przez kilka dni. Okazało się w tem doświadczeniu, że rodzaj pokarmu a także i krótkotrwałe głodzenie nie posiadają wpływu na zachowanie się wymienionych wyżej fermentów w soku jelitowym.

Dyskusja.

Doświadczenia nasze wskazują, że po całkowitem usunięciu trzustki u psów dają się zauważyć zmiany zachodzące w stężeniu inwertazy i amilazy, naturalnych fermentów soku jelitowego. Stężenie amilazy zmniejsza się czasowo (u 3-ch psów) po usunięciu trzustki. W świetle faktów dostarczonych przez Kinga w r. 1914 a wskazujących na to, że diastazy krwi i moczu zmniejszają się również czasowo w podobnych warunkach doświadczalnych, dopatrzymy się pewnego pokrewieństwa zjawisk. Ten sam za-

pewne czynnik nieznany, który kontroluje stężenie diastaz we krwi i moczu gra rolę w regulacji stężenia amilazy w soku jelitowym.



Wzrost stężenia inwertazy w soku jelitowym w następstwie całkowitego usunięcia trzustki z całą pewnością wskazuje na to, że ferment ten nie jest dostarczany przez ten gruczoł. Samo jednak zjawisko czasowego zwiększania się stężenia inwertazy po usunięciu trzustki jest trudne do wytłumaczenia przedewszystkiem dlatego, że wiadomości nasze o źródle powstawania tego fermentu są bardzo szczupłe. Wiele jeszcze pod tym względem istnieje sprzeczności w literaturze. Według jednych n. p. badaczy niema inwertazy we krwi w warunkach prawidłowych, lub istnieje zaledwie w śladach (Oppenheimer 1924). Inni natomiast a wśród nich (Weiland 1906) oraz (Abderhalden i Brahm 1914) twierdzą, że po wśródżylnych lub podskórnych wstrzykiwaniach cukru trzcinowego inwertaza zjawia się względnie wzrasta we krwi. Ma to być przykładem zjawiania się enzymu ochronnego we krwi wtedy, gdy do krwiobiegu dostaje się substancja w warunkach fizjologicznych nieobecna. Wyników Abderhaldena i jego współpracowników nie potwierdzili jednak inni badacze, używając tych samych a nawet dokładniejszych metod badania. Problem ten krytycznie oświetla w swej pracy Kuriyama (1916) i inni. Boisevain (1918) wyraża opinię, że inwertaza pochodzi z leukocytów. Euler i współpracownicy (1921) podają dokładne wiadomości o tem, że inwertaza leukocytów różni się zasadniczo od inwertazy soku jelitowego, gdyż działa w środowisku o innem stężeniu wolnych jonów wodorowych. W doświadczeniach naszych używaliśmy środowiska optimalnego dla inwertazy jelitowej i dlatego trudno nam przyjąć, że wzrost jej po usunięciu trzustki zależny jest od leukocytozy. Stanowisko to potwierdza zresztą fakt, że zbiegiem okoliczności nie mogliśmy zauważyć wzrostu stężenia inwertazy w soku jelitowym u jednego z naszych psów po usunięciu trzustki i to właśnie u tego, u którego wytworzył się duży ropień w powłokach jamy brzusznej.

Przy dzisiejszym stanie wiadomości w dziedzinie fizjologji i warunków prawidłowego działania inwertazy w soku jelitowym wydaje się możliwe ogólnikowo jedynie tłumaczyć wzrost stężenia inwertazy po usunięciu trzustki w dwojaki sposób: a), że zaburzenia biologiczne, które zjawiają się w następstwie usunięcia trzustki wpływają na komórki jelitowe w ten sposób, iż te produkują więcej inwertazy. Niema bowiem widocznego wzrostu ilości komórek w soku jelitowym; b) że trzustka prawidłowo wydziela inwertazę nie pozwalając na jej gromadzenie się we krwi a z chwilą usunięcia jej wzrasta stężenie tego fermentu we krwi a w następstwie i w soku jelitowym. Nie mieliśmy, niestety, możności sprawdzić tego przypuszczenia przez oznaczanie stężenia inwertazy we krwi, nie mniej jednak problem ten będzie przedmiotem dalszych badań.

Jest wreszcie możliwe, że trzustka w pewien sposób hamuje tworzenie inwertazy. Z chwilą gdy zostanie usunięta stężenie inwertazy w soku jelitowym rośnie. Stężenie lipazy jelitowej nie ulega zmianie po usunięciu trzustki. Fakt ten świadczy o tem, że tworzenie się tego fermentu nie jest zależne od czynności trzustki.

Doświadczenia nasze nie potwierdzają hipotezy, że w następstwie usunięcia trzustki zachodzą trwałe zmiany kompensacyjne w soku jelitowym, które powodują to, iż zwierzę staje się bardziej przystosowane do walki z zaburzeniami w trawieniu, spowodowanemi brakiem soku trzustkowego. Jest jednak rzeczą możliwą, że większe zmiany kompensacyjne zachodzą dopiero po okresie pierwszych trzech tygodni po usunięciu trzustki. W czasie tym jednak nie badaliśmy psów naszych, ograniczając doświadczenia do pierwszych trzech tygodni po usunięciu gruczołu.

Wnioski.

1. Dieta i krótkotrwałe głodzenie nie wpływają na stężenie fermentów w soku jelitowym.

2. Całkowite usunięcie trzustki nie wpływa na ilość wydzielanego soku.

3. Usunięcie trzustki powoduje wzrost stężenia inwertazy w pierwszych trzech dniach, następnie po krótkotrwałym spadku stężenie wraca do normy z tendencją jednak do utrzymywania się ponad poziomem prawidłowym.

4. Zupełne usunięcie trzustki powoduje naogół zmniejszanie się stężenia amilazy w soku jelitowym. Lipaza nie ulega zmianie.

5. W pierwszych 18 dniach po usunięciu trzustki nie zachodzą w soku jelitowym takie zmiany kompensacyjne, któreby ułatwiały znacznie i trwale trawienie jelitowe.

Piśmiennictwo.

1) Abderhalden. 1914. Zeitschrift f. physiol. Chemie CXXI. 283. — 2) Boisevain. 1918. Zbl. f. Bioch. XX. 157. — 3) Carison and Luckhardt. 1908. Amer. Journ. of Physiol. XXII. 148. — 4) Euler und Myrback. 1921. Zeitschr. f. physiol. Chemie CXV. 68. — 5) Euler und Svanberg. 1921. ibid. CXV. 43. — King. 1914. Amer. Journ. of. Physiol. XXV. 521. — 7) Koskowski. 1925, Journ. of Pharm. and exp. Therap. (w druku). 8) Kuriyama. 1916. Journ. of biol. Chem. XXV. 521. — 9) Oppenheimer 1925, Die Fermente u. ihre Wirkungen, Leipzig. — 10) Oppenheimer 1924. Handbuch d. Biochemie, Jena. — 11) Otten and Galloway, 1910. Am. Journ. of Physiol. XXVI. 347. — 12) Schlesinger. 1908. Deutsch-Med. Woch. XXVI, 593. — 13) Weinland. 1906. Zeitschr. Biol. XXVII. 279. 14) Wohlgemuth and Noguchi, 1912. Berl. Klin. Woch. XXIX, 1069. —

Dr. A. URYSON. Łódź.

Badania nad wahaniem ciał białkowych w surowicy krwi w stanach patologicznych [1]).

Oddział wewnętrzny szpitala im. małż. Poznańskich w Łodzi.

Odchylenia w czynności tkanek, nie wywołując wpływu na narządy krwiotwórcze i nie zmieniając składu postaciowego krwi, mogą jednak zmienić skład osocza. Osocze krwi jest bowiem płynem międzytkankowym, skoncentrowanym w zbiornikach — naczyniach, w którym są zawieszone ciałka krwi.

Zmiany w osoczu krwi polegają na jego rozwodnieniu lub stężeniu, na zmniejszeniu lub zwiększeniu ogólnej ilości białka oraz na wzajemnem ustosunkowaniu poszczególnych frakcyj białkowych: albumin i globulin. Stosunek albumin do globulin, stały w warunkach zdrowia, ulega dość znacznym wahaniom w stanach chorobowych, a mianowicie w dwu kierunkach: 1) w kierunku hiperglobulinemji, co się łączy ze zmniejszeniem stabilizacji i skupieniem cząsteczek białkowych w rozpyłki wielkie, pod względem biologicznym mniej wartościowe; 2) w kierunku hiperalbuminemji, co się łączy ze zwiększoną stabilizacją i zwiększonem rozpyleniem ciał białkowych.

W badaniach swych posługiwałem się sposobem Naegeli-Rohrer'a (połączenie refraktometrji z wiskozymetrją), jako najprostszym w użyciu. Tylko w niektórych przypadkach sercowych, ze znaczną sinicą. posługiwałem się sposobem Robertsona, ponieważ zwiększona ilość kwasu węglowego we krwi, nie wpływając na wzajemny stosunek albumin i globulin, zmienia znacznie lepkość surowicy. Zbadałem 360 surowic, a mianowicie: osobników zdrowych 40; chorych na gruźlicę płuc 170; z nowotworami złośliwemi 15; ze schorzeniami wątrobowemi 80; sercowemi 35; oraz z różnemi innemi schorzeniami 20.

We wszystkich 40 przypadkach osobników zdrowych żadnych odchyleń od normy w stosunku wzajemnym ciał białkowych surowicy nie spostrzegłem; stosunek ten ulegał wahaniom do 10% w zależności od stanów fizjologicznych, a mianowicie: okres trawienia, praca fizyczna, również miesiączkowanie zwiększały ilość globulin; stan zaś wypoczynku zwiększał ilość albumin. Celem uniknięcia wpły-

---

[1]) Referat na XII. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników polskich w lipcu 1925 r.

wu tych stanów na stosunek ciał białkowych w warunkach patologicznych, brałem chorym krew zawsze naczczo, po wypoczynku nocnym, unikając u kobiet okresów miesiączkowania.

Przy zestawieniu wyników badania 170 surowic chorych na suchoty płucne posługiwałem się klasyfikacją anatomiczno-kliniczną, więc podziałem głównym na phtisis incipiens, declarata, consumptiva i tub. obsoleta z uwzględnieniem określeń, wskazujących na stan dynamiki choroby, więc określając: progrediens, regrediens, stationaris.

Przy tub. obsoleta żadnych odchyleń od normy nie spostrzegłem. Przy tub. consumptiva ilość globulin znacznie przewyższała ilość albumin. Stosunek tych ciał białkowych był stale odwrotny (p. tablica). Wahania się stosunku ciał

Stosunek albumin do globulin przy różnych postaciach suchot płucnych.

Tuberculosis obsoleta		60 : 40
Phtisis incipiens	stationaris	60 : 40 — 50 : 50
	progrediens	50 . 50 — 35 : 65
Phtisis declarata	stationaris	50 : 50 — 35 : 65
	progrediens	35 : 65 — 15 : 85
Phtisis consumptiva		25 : 75 — 10 : 90

Stosunek albumin do globulin przy wadach sercowych.

Vitium cordis in stadio decompensationis (cum anasarca et cum ascite)	— 25 : 75 — 15 : 85
Idem cum anasarca et sine ascite	— 25 : 75 — 40 : 60
In stadio compensationis	ad 60 : 40.

Stosunek albumin do globulin przy chorobach wątrobowych.

Icterus catarrhalis	St. I.	— 50 : 50 — 25 : 75
	St. II.	— 65 : 35 — 75 : 25
	St. III.	— ad 60 : 40
Cholelithiasis simplex		— 60 : 40
Cholelithiasis cum cholecystitide et cholangit.		45 : 55 — 15 : 85
Hepatitis interstitialis luetica		— 70 : 30.

białkowych przy phtisis declarata i incipiens były zależne nietyle od rozmiaru zmian gruźliczych w płucach, ile od stanu postępu sprawy swoistej. Liczby globulin, otrzymane przy phtisis incipiens progrediens, były niemniejsze, a często nawet większe od liczb otrzymanych przy phtisis declarata stationaris. Z tego wynika, że przy phtisis incipiens progrediens, wytwory rozpadu białka tkankowego znajdują się nieraz we krwi w stężeniu większem, aniżeli n. p. przy phtisis declarata stationaris.

Rozpad białka ustrojowego przy suchotach płucnych, zmniejszenie się stabilizacji i rozpylenia ciał białkowych i skupienie ich w rozpyłki większe, mniej biologicznie wartościowe, stoi w zależności ścisłej nie tylko od rozmiarów sprawy swoistej w płucach, lecz — w stopniu większym — od stanu dynamiki choroby.

Surowice 15 chorych z nowotworami złośliwemi dały różne wyniki w zależności od stopnia charłactwa osobnika.

W trzech przypadkach raka piersi oraz w jednym przypadku mięsaka nogi żadnych prawie odchyleń od normy nie spostrzegłem (55 : 45). We wszystkich innych przypadkach stosunek albumin do globulin zmieniał się stale na korzyść globulin; zmiana ta była w ścisłej zależności od postępu sprawy swoistej i od coraz większego wycieńczenia chorego. Powtórne badania surowic tych samych chorych, po upływie od kilku do kilkunastu tygodni, wykazywało stałe powiększanie się ilości globulin, które szło w parze ze spadkiem wagi i innemi objawami charłactwa.

Surowic chorych wątrobowych było 80, a mianowicie: z kamicą żółciową 35, z t. zw. żółtaczką nieżytową 21, zapaleniem woreczka żółciowego i dróg żółciowych 12, z nowotworami wątroby 6, z marskością typu Hannot 1 i z hepatitis interstitialis luetica 5. Wyniki tych badań były następujące:

We wszystkich przypadkach kamicy żółciowej, przebiegającej bez żółtaczki, stosunek albumin do globulin nie odbiegał od normy. W kilku przypadkach zamknięcia przewodu żółciowego z następczą żółtaczką, zmiany w surowicy były zależne od czasu trwania tego zamknięcia, a mianowicie — w tych przypadkach, gdzie zamknięcie to było krótkotrwałem, stosunek albumin do globulin ulegał bardzo nieznacznej zmianie na korzyść globulin, gdy zaś sprawa trwała dłużej i następował stan zapalny dróg żółciowych lub też samego miąższu wątrobowego, wówczas zawsze spostrzegałem powiększoną ilość globulin (do 85%).

W przypadkach t. zw. żółtaczek nieżytowych wyróżniałem naogół trzy okresy choroby: 1) początkowy okres zwiększenia się ilości globulin (żółć w moczu). 2) zwiększenia się ilości albumin (żółć w moczu znika) i 3) powrotu do stosunków prawidłowych. Być może, że stosunek da się objaśnić w sposób następujący: w okresie pierwszym następuje schorzenie samego miąższu wątrobowego, zwiększony rozpad białka ustrojowego i globulinemja; w okresie drugim, gdy miąższ wątroby wskutek regeneracji ulega dość znacznemu podrażnieniu, to podrażnienie wpływa na zwiększenie się ilości albumin. Spostrzegamy tu analogję ze zwiększeniem ilości fibrynogenu przy żółtaczce nieżytowej: wiadomo, że małe dawki trucizn wątrobowych, podrażniając miąższ wątroby, zwiększają ilość fibrynogenu, duże zaś dawki tych trucizn zmniejszają jego wytwarzanie.

Przy cholecystitis i cholangitis, tak catarrhalis, jak i purulenta, stosunek albumin do globulin ulega naogół tym samym zmianom, jak i przy icterus cat., z tem jedynie zastrzeżeniem, że sprawy ropne dawały o wiele większą globulinemję, niż t. zw. nieżytowe.

Przy marskości typu Hannot stosunek zmieniał się na korzyść globulin (45:55); przy hepatitis interstitialis luetica spostrzegałem zwiększoną ilość albumin (70%). Ta albuminemja zależy, być może od tego, że przy tem schorzeniu miąższ wątroby nie tyle ulega uszkodzeniu, ile podrażnieniu przez nowowytworzone tkanki pochodzenia kiłowego.

Surowic chorych sercowych (przeważnie z wadami zastawkowemi) było 35. Stosunek wzajemny ciał białkowych we wszystkich tych przypadkach zależał od stopnia wyrównania wady sercowej. W okresie wyrównania uchyleń od normy nie było; przy zaburzeniu wyrównania z obrzękami, dusznością i t. p. — stosunek zmieniał się stale na korzyść globulin (do 95%).

Badając krew tego samego osobnika w przebiegu stopniowego zanikania obrzęków pod wpływem leczniczym, zauważyłem, że ilość albumin stale zwiększała się i stopniowo wracała do normy. Jeśli u chorego z napozór wyrównaną wadą sercową stwierdzałem w surowicy zwiększoną ilość globulin, mogłem a priori powiedzieć, że znajduje się on w stanie t. zw. przedobrzękowym.

Zwiększona ilość globulin w przypadkach niedomogi serca tłumaczy L a n d s b e r g, „jako efekt ogólnego osłabienia tkanek wskutek zmniejszonego dopływu tlenu. Globuliny, jako koloidy mniej strawne, pozostają w sokach ustroju, podczas gdy albuminy zostają zmyte przez osłabione w swej życiowej działalności tkanki“.

Jednocześnie z określeniem wzajemnego stosunku ciał białkowych przy różnych schorzeniach wykonałem prawie we wszystkich przypadkach odczyn B i e r n a c k i e g o: w stu kilkudziesięciu przypadkach wykonał Dr. I t e l s o n odczyn Wassermanna oryginalny i z surowicą czynną, a w 75 przypadkach zbadał wydzielanie wody przez ustrój.

Odczyn B i e r n a c k i e g o ma zależeć od całego szeregu czynników, mianowicie od napięcia powierzchniowego surowicy, jej ładunku elektrycznego, lepkości, objętości czerwonych ciałek krwi, przedewszystkiem zaś pozostaje w zależności ścisłej od wzajemnego ustosunkowania się ciał białkowych osocza: fibrynogenu, globulin i albumin.

Zależność szybkości opadania krwinek czerwonych od ilości globulin surowicy wykazałem we wszystkich przezemnie zbadanych przypadkach.

Nie spostrzegłem jej tylko w drugim okresie żółtaczki

nieżytowej, gdzie przy 75% albumin, opadanie krwinek trwało tylko 25 minut. Ten paradoksalny napozór objaw objaśniam tem, że przy niektórych chorobach wątroby ilość globulin w surowicy zmniejsza się, a niezależnie od tego zwiększa się ilość fibrynogenu w osoczu.

Badania nasze nad ilością fibrynogenu przy różnych schorzeniach wykazały naogół pewną równoległość między zwiększeniem się ilości globulin w surowicy a ilością fibrynogenu w osoczu. Wyjątkiem był drugi okres żółtaczki nieżytowej, gdzie stosunek albumin do globulin równał się 75 : 25, fibrinogenu zaś było 0,8%, a krwinki czerwone opadły po 30 minutach. Badania te wskazują na to, że fibrinogen więcej wpływa na chyżość opadania krwinek czerwonych, aniżeli globuliny.

Przy powtórnych badaniach odczynu Biernackiego u całego szeregu chorych i przy porównaniu wyników ze stosunkiem ciał białkowych w surowicy, mogłem stwierdzić zawsze zależność tych dwóch odczynów. Przychodzę jednakże do wniosku, że zmiany w ustroju, powstające pod wpływem polepszenia lub pogorszenia stanu choroby, prędzej ujawniają się w stosunku ciał białkowych, niż w odczynie Biernackiego.

W jednym n. p. przypadku zapalenia płuc płatowego w piątym dniu choroby R. B. równało się 12 minutom, stosunek albumin do globulin był 20 do 80. Badanie powtórne, wykonane 7 dni po krytycznym spadku ciepłoty, gdy już żadnych zmian w płucach nie stwierdzano, wykazało, że stosunek albumin do globulin stanowił 55 : 45; R. B. zaś równało się 30 minutom. Dopiero po upływie następnych 10 dni chyżość opadania krwinek wróciła do normy.

Chwiejność koloidowa osocza wywiera również wpływ na inne odczyny serologiczne: cały szereg autorów uzależnia od tej chwiejności odczyny skłaczania. Wydzielanie wody, wchłoniętej przez ustrój, jest zależne od całego szeregu czynników, jak to stężenia soli, jonów wodorowych, rozszerzającego lub zwężającego wpływu nerwów naczynioruchowych, przepuszczalności nerek i t. d.; jednakże wpływ wielki na to wydzielanie wywiera i chwiejność koloidową, to jest ustosunkowanie albumin do globulin (Dr. Itelson). Niektórzy autorzy dowodzą, że globuliny mają t. zw. otoczkę hydrofilną, Landsberg zaś twierdzi, że globuliny przyciągają wodę dlatego, że, nie będąc rozpuszczalnemi we wodzie przekroplonej, wymagają do rozpuszczenia się pewnej ilości soli kuchennej.

Zatrzymanie zaś soli kuchennej powoduje wtórnie zatrzymanie się w ustroju wody.

Niezależnie od tego lub innego poglądu faktem bezwzględnym jest, iż przy stanach hiperglobulinemji spostrzegamy zatrzymanie wody w ustroju, przy stanach zaś ze zwiększoną ilością albumin — Itelson spostrzegał szybsze jej wydzielanie.

Cały szereg przypadków, spostrzeganych przez nas, zależność tę całkowicie wykazuje.

Szczególną uwagę zwracało na siebie spostrzeżenie, że przy chorobach sercowych w chwili pogorszenia ogólnego stanu chorego stosunek albumin do globulin zmieniał się wcześniej na korzyść globulin, niż występowały obrzęki.

Na zasadzie opisanych zmian w strukturze koloidalnej surowicy krwi przy różnych schorzeniach przychodzę do wniosków następujących:

1) zwiększenie ilości globulin w surowicy jest skutkiem zwiększonego rozpadu białka ustrojowego i jest równoległe do stopnia tego rozpadu;

2) przy zmniejszonym dopływie tlenu do ustroju „mniej strawne" globuliny przeważają nad albuminami, które ulegają prędszemu zużyciu;

3) podrażnienie miąższu wątrobowego wywołuje zwiększoną ilość fibrinogenu i albumin, uszkodzenie zaś miąższu ma jako skutek hiperglobulinemję;

4) powtórne badania wzajemnego stosunku ciał białkowych w surowicy tego samego osobnika rzucają światło na rokowanie, kontrolują przebieg leczenia i dają możność spostrzeżenia takich zmian chorobowych, które trudno zauważyć przy posługiwaniu się innemi metodami badania (np. stan przedobrzękowy).

5) Odczyn Biernackiego oraz wydzielanie wody przez ustrój są w stopniu znacznym uzależnione od wzajemnego ustosunkowania ciał białkowych.

Piśmiennictwo:

1) W. Filiński. Polskie Archiwum medycyny wewnętrznej. T. I. Z. IV. — 2) K. Jonscher. Odbitka Wszechnicy Warszawskiej. 1915. — 3) Itelson. P. Gazeta Lekarska. 1925. — 4) M. Landsberg. Badania nad chemizmem ciał białkowych surowicy. — 5) S. Sterling. Polska Gazeta Lekarska. 1924. Nr 44. — 6) J. Węgierko. Polskie Archiwum medycyny wewnętrznej. T. II. — 7) Heutz L. i E. Kaufmann. Zeitschrift f. Tuberculose. 1925. Band 41. Heft 5. — 8) E. Peters. Zeitschrift f. Tuberculose. Band 35. Heft 3. — 9) Michels. Zentralblatt f. die gesamte Tuberculoseforschung. 1924. Band XXIII.

Dr. Rudolf AREND. Lwów.

Rola nagminnego zapalenia mózgu (encephalitis epidemica) w etjologji moczówki prostej (diabetes insipidus)[1].

Z oddz. dla chorób nerw. i umysł. Szpitala powszech. we Lwowie. Prym. Dr. A. Domaszewicz.

Nagminne zapalenie mózgu (encephalitis epidemica), daje nam w okresie po-ostrym natychmiast, czy też dopiero po czasie, pewne zaburzenia, które odnieść musimy do trwałych zmian wywołanych przebytym procesem zapalnym, lub, jak sądzą niektórzy, do tlejącego procesu ciągnącego się po przejściu okresu ostrego lub też bez niego, w przewlekły sposób.

Obok zespołu amiostatycznego, który w 60% przypadków przebytego nagminnego zapalenia mózgu dominuje nad obrazem chorobowym stwarzając t. zw. parkinsonizm, znajdujemy rozległe zaburzenia w zakresie układu wegetatywnego, jedne prawie stałe, drugie mniej stałe, inne należące do rzadkości, z których zaburzenia snu we formie ciągłej senności, bezsenności, czy też odwrócenia snu, obfite ślinienie nieraz tak znaczne, że formalny strumień wypływa z na wpół rozchylonych ust, wzmożona czynność gruczołów łojowych, przeważnie na twarzy, nadająca choremu tak charakterystyczną oleistą twarz, należą do pospolitego zespołu po zapaleniu nagminnem mózgu.

Nieco rzadziej spotykamy zmiany naczynioruchowe, wzmożone pocenie.

Do najrzadszych zaliczyć musimy zaburzenia w oddawaniu moczu, polidipsję, poliurję, polifagję, otłuszczenie, wypadanie włosów, powstrzymanie wzrostu ciała, narządów rodnych, nadmierne zgrubienie palców, szczęki i inne.

Wspomnieć muszę o przypadku własnym zatrzymania moczu, tyczącym się mężczyzny w wieku średnim, u którego cierpienie to trwało po śpiączce przez kilka miesięcy, uleczonym zapomocą suggestji.

Wiadomo, że u dzieci i osobników młodych przebyte nagminne zapalenie mózgu bardzo często sprowadza daleko idące zmiany charakteru, do pewnego stopnia typowe. Zmiany te wytwarzają tak zwany charakter pośpiączkowy. Otóż u dzieci i osobników młodych, kombinują się ze zmianami charakteru nierzadko zaburzenia z zakresu układu wegetatywnego względnie wewnątrz-wydzielniczego, które występują, bądź pojedynczo, bądź grupami. Rzadziej wykształca się czysty obraz *diabetes insipidus, dystrophia adiposo-genitalis*, czy też akromegalji, częściej znajdziemy obrazy kombinowane. Dziwić nas to nie będzie, jeśli

---

[1]) Dopiero w chwili oddawania do druku niniejszej pracy zapoznaliśmy się z ciekawą pracą o poliurji po zapaleniu mózgu J. Latkowskiego i E. Artwińskiego (Polska Gazeta Lek. Nr. 44. — 1925 r.), wskutek czego nie mogliśmy uwzględnić przeprowadzonych w ich przypadku ścisłych wyników chemicznych. Sądzimy jednak, że praca nasza będzie dalszym przyczynkiem do wyjaśnienia etjologji moczówki prostej.

zważymy, że dopatrujemy się ośrodków wegetatywnych, bądź w ścianie i dnie trzeciej komory, bądź w okolicy podwzgórkowej (regio hypothalamica), a więc rozmieszczamy je na przestrzeni dość skąpej, tak, że nieznaczne zmiany tej części mózgu, mogą nam dać obraz bardzo różnorodny.

Trzy przypadki przedstawione poniżej tyczą się osobników młodych, liczących lat 10, 15 i 18, u których bezpośrednio po okresie ostrym nagminnego zapalenia mózgu przyszło do wzmożonego przyjmowania płynów i odpowiednio do tego obfitego oddawania moczu.

W pierwszym z tych przypadków, prócz polidipsji i poliurji istnieje polifagja, często bezwiedne oddawanie moczu, zmiany naczynio-ruchowe, a w końcu zgrubienie obu warg, budzące podejrzenie w kierunku akromegalji. Prócz tego występują niekiedy u chorego stany psychotyczne, z których jeden zaobserwowany na oddziale wystąpił po wstrzymaniu się od wody (chory odbył dłuższą podróż koleją). Ostre to zaburzenie psychiczne możnaby odnieść do samozatrucia ustroju, z powodu niemożności wydzielenia moczu skoncentrowanego W drugim przypadku, po odstawieniu wody, chory stracił przytomność. Wkrótce przyszło do napadów drgawkowych, które wśród psychozy epileptycznej utrzymywały się przez sześć dni, a ustąpiły po podaniu wody w dowolnej ilości. W ostatnim przypadku, zależnie od ilości podanej wody, koncentracja moczu waha się w granicach dość rozległych, albowiem pomiędzy 1,001 i mniej a 1,009. Mimo zupełnego odjęcia wody stan chorego jest wcale znośny, chory łatwo godzi się ze swoim losem. W przypadku tym mamy do czynienia z osobnikiem o pewnych cechach degeneracyjnych, pozwalających przyjąć grę czynników psychogennych. Możliwie, że początkowo istniało poważniejsze zachwianie równowagi aparatu stojącego na straży gospodarki wodnej, później mogło przyjść do lepszego funkcjonowania, przyzwyczajenie jednak do picia dużej ilości wody, pozostało.

Przypadek I. — T. N., lat 18, uczeń stolarski. Dzień przyjęcia 5. X. 1925 r.

Wywiady: w rodzinie bliższej i dalszej brak chorób nerwowych i umysłowych; również nie można się doszukać żadnych chorób odnoszonych do układu gruczołowego, czy też wegetatywnego, w szczególności brak w rodzinie moczówki prostej. Ojciec cierpi na gruźlicę płuc. Poród normalny. Zaczął mówić i chodzić w odpowiednim czasie. W szkole uczył się wcale dobrze, ukończył 4. klasy ludowe, następnie przez dwa lata przerabiał prywatnie 1 i 2-gą klasę gimnazjalną. Nigdy nie pozostawał w nauce w tyle poza kolegami, choć nie wybijał się również. W czasie zabaw traktowany był przez kolegów na równi z innymi. Przed półtora rokiem (już jako chory), wstąpił na naukę do stolarza. Chorób dziecięcych nie pamięta. W r. 1917 czerwonka. Obecną chorobę odnosi rodzina do wzruszenia psychicznego. Mianowicie przed dwoma laty chory brał udział w przedstawieniu amatorskiem i miał się przejąć odegraną rolą. Po powrocie z przedstawienia do domu ułożył się do łóżka, by nie opuścić go aż po tygodniu. Przez 7 dni spał — prawie bezustannie, dniem i nocą. Dawał się jednak bardzo łatwo obudzać: przyjmował pokarmy, załatwiał czynności fizjologiczne. Po odejściu od łóżka osób drugich natychmiast zasypiał. Innych objawów chorobowych rodzina nie zauważyła.

Po opuszczeniu łóżka zaczął się chory zmieniać w oczach z dnia na dzień. Przedewszystkiem począł pijać olbrzymie ilości wody, z początku kilka, później kilkanaście litrów dziennie. W ostatnich czasach trzy wiadra i więcej. Jednocześnie i ilość moczu wzrosła do nadmiernej ilości. W nocy budzi się bardzo często, celem napicia się wody, czy też oddania moczu. Duże ilości wypijał bezpośrednio przed spaniem, a największe natychmiast po obudzeniu się. Prawie w tym samym czasie stał się żarłoczny, zjadał potrójne porcje, w pokarmach nie przebierał zupełnie, chodziło mu o ilość, nie o jakość. Owoce zjada całemi kilogramami. Nadto wystąpiło u chorego pogrubienie obu warg, ślinienie, zaczerwienienie nosa i okolicznych części twarzy, zasinienie palców u rąk i nóg. Cała postać chorego pochyliła się ku przodowi. Kilka razy na dzień oddaje bezwiednie mocz. Niemniej znaczne zmiany charakteru: stał się natrętny, złośliwy, nieposłuszny i gadatliwy. Kilkanaście razy występowały krótkotrwałe stany, w których nie poznawał nikogo i mówił od rzeczy. Pije wtenczas bardzo mało. Czy występowanie tychże stanów zależne jest od wstrzymywania się od napojów, rodzina nie zauważyła.

Stan przedmiotowy: Chory wzrostu średniego; kościec i muskulatura odpowiednia, odżywienie mierne. Skóra o zabarwieniu prawidłowem, sucha. Nos i okoliczne części twarzy aż do policzków czerwone z odcieniem sinawym, bardzo silne zasinienie skóry od 1/3 dolnej przedramienia aż do końca palców Stopy sine, obwodowe części kończyn chłodne. Po obnażeniu chorego, na całem ciele gęsia skórka. Zarost na twarzy bardzo skąpy; owłosienie ponad wzgórkiem łonowym typu kobiecego. Chory w pozycji stojącej przybiera postać pochyloną ku przodowi, głowa opuszczona, ręce zgięte w stawach łokciowych, przywiedzione do tułowia. Palce rąk w ustawieniu parkinsonowskiem. Drobne drżenia palców, szczególnie przy wzruszeniu. Przy próbie wyprostowania chorego retropulzja. Objaw ten występuje dość często przy dłuższem staniu chorego w jednem miejscu. Czaszka o typie brachykefalicznym, na opukiwanie i ucisk niebolesna. Przy biernem zginaniu ku przodowi uderza zwiększone napięcie mięśniowe. Warga górna i dolna silnie zgrubiała, usta otwarte, ustawione ryjowato. Z otwartych ust wydobywa się bezustannie strumień śliny. Mimika mniej żywa, na wpół zastygła: uderzają tylko błyszczące oczy. Mowa niewyraźna, mało akcentowana. Chory przy mówieniu pluje dookoła. Źrenice średnio-szerokie, równe, okrągłe, na światło oddziaływują leniwie, żywiej na przystosowanie. W reszcie nerwów mózgowych brak zmian.

Kończyny górne. Brak zaburzeń w napięciu mięśniowem. Przy wyciągnięciu rąk ku przodowi i rozczepierzeniu palców, rytmiczne drżenia o drobnych wychyleniach. Poza tem brak zaburzeń.

Odruchy brzuszne i jądrowe żywe.

Kończyny dolne. Brak zmian w napięciu mięśniowem. Odruchy podwyższone. Klonus ze ścięgna Achillesa po lewej bardzo wybitny, krótkotrwały po prawej. Pozatem brak odchyleń od normy.

Z wyjątkiem pochylonej postawy, chód prawidłowy. Przy próbie Romberga drżenie głowy. Narządy wewnętrzne bez zmian. Tętno zawsze 90—100. Pęcherz bardzo często wypełniony po pępek. Mocz barwy wody, c. gat. 1,000—1,001. Składników patologicznych brak.

Stan psychiczny. Chory ruchliwy, podniecony, dokucza chorym, kłóci się. Gadatliwy, zawsze ma coś do powiedzenia. Nawet przy badaniu mimo wielokrotnych upomnień ze strony badającego, a zapewnień o poprawie, nie może powstrzymać się i rzuca całe szeregi słów. Względem lekarzy przeważnie natrętny, niekiedy niegrzeczny. Podaje dokładnie generalja, czas trwania choroby, zorjentowany co do miejsca i czasu, chwali się, że pamięta jeszcze łacinę. Mówi o swych wiadomościach z pewnem zadowoleniem, wnet jednak popada w płacz, woli umrzeć, niż męczyć się. Afekt szybko zmienny, śmiech, płacz następują szybko po sobie. Całość wraz z natarczywością czyni go bardzo przykrym i nieznośnym dla otoczenia. Treść mowy zrozumiała, lecz uboga, obraca się tylko dookoła wody. Zagadnięty o rzeczy nie stojące w związku z jego chorobą i piciem wody, staje się niecierpliwy, nie chce odpowiadać. Pamięć zachowana.

Badania pomocnicze: We krwi odczyn Wassermanna i Sachs-Georgi — ujemny. Odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym — ujemny. Badanie oka: bystrość wzroku i dno oka prawidłowe, pole widzenia bez zmian. Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie, cytologicznie, białko w granicach prawidłowych. Krzywa mastyksowa i złota — ujemne. Badanie na cukier (metodą Birkholza), nie wykazało wzmożenia tegoż.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę liche oddziaływanie źrenic na światło, parkinsonowskie ustawienie, twarz o skąpej mimice, bezustanne, obfite ślinienie, zmiany charakteru dające się określić jako pośpiączkowe, przychodzimy do przekonania, że mamy do czynienia z przebyciem zapalenia nagminnego mózgu, niewątpliwie w okresie tygodniowego zaburzenia snu, o którem wspominają wywiady.

Zwiększone zaś przyjmowanie wody i wydzielanie moczu w zwiększonej ilości pozostaje niewątpliwie w ścisłym przyczynowym związku z tem schorzeniem.

Chory w czasie podróży koleją nie miał sposobności zaspokoić swego głodu wody. Po przyjęciu do szpitala chcąc powetować stratę pił bez miary tak olbrzymie ilości wody, aż doprowadził do gwałtownych wymiotów, które nie pozwoliły mu na zaspokojenie pragnienia. Pod wieczór zdawał się być niezupełnie zorjentowany co do miejsca, nie okazywał zupełnie chęci do przyjmowania napojów, ani jadła. Dnia następnego wystąpiły objawy psychotyczne, przypominające amencję. Chory niezorjentowany co do czasu, miejsca, ni własnej osoby. Podniecenie psychoruchowe. Halucynacje wzrokowe i słuchowe. Mocz i stolec oddaje pod siebie. Wzbrania się przed napojami. Celowo jednak namawiano chorego do obfitego picia. Od rana następnego dnia chory zaczyna sam w olbrzymiej ilości pochłaniać wodę. Około południa objawy psychotyczne minęły.

Badania przeprowadzone przez szereg dni przedstawiają się następująco: Choremu nie zmieniono zupełnie diety, wody pozwolono pić dowolnie. Ilość wypitej wody (prócz pokarmów, w tem 2 kg. jabłek) wynosi 68 litrów na dobę. Chory spożywa duże ilości pokarmów, żąda podwójnych i potrójnych porcji, zjada otrzymane z domu pieczywo, ciastka, owoce. Moczu ilościowo

dokładnie oznaczyć nie można, z powodu moczenia pod siebie. Mocz barwy nieróżniącej się zupełnie od zabarwienia wody, bez zapachu, lekko kwaśny. Ciężar gatunkowy 1,000, rzadko wyższy, wyjątkowo dochodzi do 1,001. Nie stwierdzono żadnych składników patologicznych.

Następnego dnia ustalono dietę bezmięsną, małobiałkową i małosolną. Ilość wody wypitej wynosi 55 litrów. C. gat. moczu nie uległ zmianie.

Następna próba polegała na odjęciu wody. Dieta, jak wyżej, stała. Z płynów podano 3 litry na dobę. Chory niespokojny, prosi o napój. Ilość moczu spada z każdą godziną. C. gat. niezmieniony. Język suchy, tętno przyśpieszone (120). Pod wieczór niepokój chorego wzrósł bardzo znacznie. Chory płacze i błaga każdego o napój lub o zabicie. W końcu chory uspokoił się, senny, robi wrażenie zamroczonego. C. gat. moczu ciągle niezmienny. Choremu podano napoje w ilości dowolnej.

W dalszych dniach dieta jak wyżej, płynno-stała. Podskórnie zastosowano 2—3 razy na dzień 0,2 grama wyciągu z tylnej (i środkowej) części przysadki mózgowej (glanduitrynę Richtera). Chory pije znacznie mniej. Ilość dobowa wody 20—25—35 litrów. C. gat. moczu pomiędzy 1,006 a 1,008, dwa razy 1012, raz nawet 1,015.

Widzimy, że już ustalenie diety bezmięsnej, małobiałkowej i małosolnej zmniejsza ilość wypitej wody wcale pokaźnie (z 68 litrów na 55). Najwidoczniej pierwotnem zaburzeniem jest niemożność wydzielenia soli, a nie zwiększone wydzielanie wody w znaczeniu ***hydrorrhoea renalis*** Straussa. Próby z podaniem soli kuchennej nie ważono się przeprowadzić. Ale każde odstępstwo od wyznaczonej diety (n. p. słona szynka bez wiedzy lekarza dostarczona) wywołuje natychmiast zwiększenie ilości pobranej wody o kilkanaście litrów. By wyprowadzić z ustroju wprowadzone sole, musi nerka dysponować olbrzymiemi ilościami wody, nie mając możności zageszczania, choćby tylko w pewnych granicach. Zdolność tę jednak nabywa chwilowo po podaniu pituglandolu; koncentracja wzrasta do 1,005, 1,008, a nawet do 1,012 i 1,015, barwa staje się winowo-żółta, wraca swoisty zapach. Chory śpi przez całą noc, nie budzi się ani razu, by pobrać przygotowaną obok łóżka wodę. Odwrotnie do stężenia zachowuje się ilość wydzielanego moczu. Chory pobiera połowę i 1/3 tej ilości wody, jaką pochłaniał przedtem.

Pomiędzy 5. X. a 21. X. przeprowadzono każdą z prób kilkakrotnie; próbę z dietą stałą raz jedyny.

Dnia 22. X. zaszedł incydent wcale niespodziewany. Chory pozostawał na diecie bezmięsnej i małosolnej. O godz. 9-tej rano, jak zwykle, otrzymał podskórnie glanduitrynę (w ilości 0.2 grama substancji). W dniu tym chory był wyjątkowo płaczliwy, informował się kiedy powróci do domu. O godzinie 11-tej zauważono, że czerwono-siny nos i okoliczne części twarzy, a dalej zawsze sine ręce i nogi uległy nagłemu zblednięciu. W pół godziny później wystąpiły wymioty, prawie czystą wodą. Wkrótce stan chorego polepszył się. Nagle o godzinie 12-tej wystąpił typowy napad epileptyczny. Po napadzie chory natychmiast powrócił do przytomności, jadł i pił, choć mniej, niż zwyczajnie. O godzinie 4.30 popołudniu drugi napad drgawkowy, poczem nieprzytomność utrzymuje się przez kilka godzin z rzędu. W następnych dwu dniach chory znajdował się w stanie zamroczenia. Przeważnie spał, mocz oddawał pod siebie. Wypił zaledwie kilka litrów płynu, jadł niewiele. Ciepłota 39,5, trzeciego dnia po napadzie stan, jak zwyczajnie.

Przyczyna tych napadów pozostała dla nas niezupełnie wytłumaczona. Przyjęcie, że drgawki epileptyczne były objawem samozatrucia ustroju, nie ma żadnej podstawy. Chory pił podostatkiem, mocz wydzielał dość skoncentrowany, bo o c. g. 1007.

Wiadomo, że P r u s przez drażnienie jąder podkorowych u psów wywoływał drgawki epileptyczne. L. R. M ü l l e r i R. G r e v i n g przyjmują, że nagłe podniesienie ciśnienia w obrębie trzeciej komory mózgowej, sprowadza zaburzenia przytomności i drgawki. Jeśli u naszego chorego proces śpiączkowy usadowił się w ścianie trzeciej komory mózgowej, to lokalizacja ta może nam zdołać wytłumaczyć napady epileptyczne u naszego chorego. Trwająca nieprzerwanie przez dwa i pół dni ciepłota 39.5° C., dla której w narządach wewnętrznych nie znaleźliśmy żadnego wytłumaczenia, była niewątpliwie wyrazem zaburzenia ośrodkowego.

Przypadek ten z powodu napadów epileptycznych przypomina niedawno przez nas widziany. Napady, (których brak był przedtem), wystąpiły jednak po odjęciu wody, a więc mogły pozostawać w najbliższym związku z tym faktem. Chodziło tu więc o samozatrucie z powodu niemożności wydzielenia chlorków i produktów przemiany materji.

Przypadek II. K. W., lat 10, syn zarobnika. Wywiady podaje matka, która mało czasu i uwagi poświęcała synowi. Uczył się dobrze. Przed pół rokiem miał przebyć jakąś chorobę gorączkową, kilka dni trwającą, w czasie której przeważnie sypiał. Po wstaniu zaczął pić duże ilości wody i odpowiednio do tego wydzielać znaczne ilości moczu zupełnie wodojasnego.

Stan przedmiotowy. Chłopak dobrze rozwinięty fizycznie i umysłowo. Prócz macalnych, powiększonych gruczołów szyjnych i łokciowych stan wewnętrzny nie przedstawia większych nieprawidłowości. Neurologicznie: ptoza obu powiek, maskowatość twarzy, drżenie języka. Źrenice szerokie, oddziaływują. Bardzo charakterystyczne dla przebytego nagminnego zapalenia mózgu u dzieci, zaburzenia oddychania, we formie napadowych ataków szybkich, nasilonych oddechów.

Ilość moczu w pierwszych 24 godzinach 5.200 gr., wodojasny. C. gat. 1,006, odpowiednio znacznie lżejsze chlorki, w znikomym osadzie przybłonki i ciałka białe. Badania pomocnicze: *sella turcica* mała, *processus ant.* et *post. clinoidei ossis sphen.* nieco zgrubiałe. Badanie cieczy mózgowo-rdzeniowej wykazało stosunki prawidłowe.

Po odstawieniu wody, a zastosowaniu diety bezsolnej, ilość moczu spadła do 3,500 gr, a w dniach następnych wahała się pomiędzy 2.400 a 2.600 gr. Koncentracja jednak nie wzmogła się. U chorego wystąpiły dziewiątego dnia zmniejszenia ilości wody wielokrotne napady epileptyczne. Utrzymały się one przez szereg następnych dni wśród psychozy epileptycznej (chory ciągle klęczał, modlił się żarliwie). Po podaniu wody w obfitej ilości, napady nie powtórzyły się, chory powrócił do stanu dawnego.

Pozostaje do omówienia przypadek ostatni, w którym prócz rzeczywistego zachwiania równowagi gospodarką wody, zdają się czynniki psychogenne odgrywać niepoślednią rolę i pogarszać faktyczny stan.

Przypadek III. L. M., 15 lat, przy matce. Przyjęty w październiku 1925.

Z dwojga rodzeństwa jedno zmarło w pierwszym roku życia na zapalenie mózgu. Z chorób dziecięcych tylko odra. Uczył się źle, powtarzał klasy po dwa i trzy lata. Czwartej po trzech latach nie ukończył. W roku 1923, w lutym, przez cztery tygodnie śpiączka, stwierdzona przez lekarza. Już na cztery do pięć dni przed opuszczeniem łóżka zaczął spijać coraz to większe ilości wody, z powodu męczącego go silnego pragnienia. Wkrótce ilość wypitej wody stawała się coraz znaczniejsza, w ostatnich czasach pił rzekomo po 5 do 10 szklanek na godzinę. Jednocześnie w tym samym okresie, zaczął się zmieniać charakter chorego. Z niedobrego chłopca stał się jeszcze gorszy, niekiedy okrutny. Miał zabijać żywcem koty. W domu tłucze bez przyczyny talerze, podpala papiery i śmiecie, wokół daje się wszystkim we znaki. W ostatnich czasach kaszle, odpluwa plwocinę przeważnie śluzową, pali do 15 papierosów dziennie.

Stan przedmiotowy. Chory wzrostu małego, budowy chłopca 10—11 letniego, szczupły. Kompletny brak owłosienia pod pachami i nad wzgórkiem łonowym. Narządy rodne nie w stosunku do drobnej postaci. Skóra odzienia brunatnego. Asymetrja czaszki i twarzy na niekorzyść lewej połowy. Lewa gałka oczna osadzona wyżej, niż prawa. Źrenice średnio-szerokie, prawa szersza od lewej. Oddziaływanie na światło i przystosowanie bardzo słabe. W reszcie nerwów mózgowych zmian patologicznych nie stwierdza się, uderza wysokie wysklepienie podniebienia.

Prócz bardzo żywych odruchów w kończynach, odruchów brzusznych i jądrowych, brak zaburzeń. W narządach wewnętrznych, prócz wyraźnego nacieku w prawym szczycie płucnym, większych zaburzeń nie stwierdza się. Chory względem lekarzy grzeczny, układny, przymila się i stara się zyskać względy. Pomaga chętnie chorym i służbie. Przy każdej sposobności nadarzającej się sposobności płata figle, nieraz bardzo przykre, niekiedy staje się okrutny. Choremu we śnie wtyka w usta trąbkę zrobioną z papieru, innemu przypieka nos papierosem, trzeciemu wylewa w klozecie podejrzany płyn na głowę.

Mocz dobowy 7.350 gr. względnie 8.950 gr. C gat. 1.002, względnie 1,001, niekiedy nawet niższy, poza tem bez zmian.

Badania pomocnicze. Odczyn Wassermanna we krwi i płynie — ujemny. Dno oka, pole widzenia bez zmian. Siodełko tureckie prawidłowe. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie wykazuje żadnych nieprawidłowości.

Przeprowadzona próba z powstrzymaniem płynów, przy diecie stałej, wykazuje, że c. gat. wzrasta do 1,009, zaś przy próbie wodnej odpowiednio do ilości wypitej wody, względnie wydzielonego moczu spada do 1,004—1,002 i poniżej.

W czasie próby z powstrzymaniem wody chory czuje się zupełnie dobrze, nie narzeka, budzące się pragnienie może powstrzymać. Bardziej tęskni za papierosem, niżli za wodą. Przez zajęcie na oddziale łatwo odwrócić uwagę chorego od pragnienia. W tym przypadku moczówki prostej odgrywają czynniki psychogenne niewątpliwie dużą rolę.

Przypadki, gdzie po przejściu ostrego okresu nagm. zap. mózgu, rozwija się moczówka prosta, należą, jak już wspomniałem do rzadkości. Najbardziej znanym i często cytowanym jest przypadek Stieflera: u dziewczynki 13-letniej w pół roku po przejściu ostrego okresu śpiączki, rozwija się moczówka prosta. Jednocześnie istnieje skłonność do otłuszczenia. W dalszym przebiegu następuje powstrzymanie wzrostu, wypadanie włosów, skłonność do obfitych potów. W przeciągu jednego roku wzrasta ciężar ciała o 21,3 kg.

Feliks Stern w swej wyczerpującej monografji o zap. nagm. mózgu wspomina tylko o jednym własnym przypadku. Chodzi tu o kobietę znajdującą się w okresie klimakterycznym, u której wraz z chroniczną amiostazą przyszło do silnej poliurji. Przypadek ten jest tembardziej ciekawy, że syn chorej cierpiał również na moczówkę prostą (nie poenceph.). Możnaby więc myśleć o istniejącej już dyspozycji, nieznaczne więc tylko zmiany w odpowiednich centrach, czy drogach strzegących gospodarki wody i soli, tem łatwiej sprowadziły zachwianie równowagi. Z dalszych zasługują na uwagę przypadek Hoke'go i Bregazzi'ego: pituglandol dał bowiem, stosowany przez czas dłuższy, daleko idące polepszenie. W przypadku Halla, u 16 letniego chłopca, po przejściu ostrego okresu śpiączki przez jeden rok chory nie odczuwał żadnego schorzenia, poczem wśród pragnienia, suchości w ustach, wilczego głodu, przyszło do pochłaniania znacznych ilości wody. Ze względu na analogię do naszego przypadku przytoczyć należy opis podany przez Parhona (Ballif i Mârza). Chodzi o 14-letniego chłopca ze zmianami charakteru pośpiączkowemi (ostre stadjum nieznane), u którego rozwinęła się nadzwyczajna polidipsja i poliurja (11—21 litrów na dobę). Jednocześnie wystąpiły napady epileptyczne, które doprowadziły do śmierci w stadjum epilepticum.

Przypadek Parhona należy do nielicznych, badanych dokładnie histologicznie. Prócz nacieków w jądrze soczewkowem (*nucleus lenticularis*), znaleziono zmiany naciekowe w lejku (*infundibulum*) i w obrębie opon guza popielatego (*tuber cinereum*). Badanie przysadki nie wykazało dotąd ani razu jakichkolwiek zmian (Motzfeld).

Chodziłoby jednak, przynajmniej o teoretyczne rozważenie, czy zmiany w innych częściach mózgu, nie mogłyby doprowadzić do wystąpienia moczówki prostej, innemi słowy, w którem miejscu centralnego aparatu, stojącego na straży gospodarki wodnej mogłyby powstałe zmiany, sprowadzić zaburzenie równowagi, istniejącej pomiędzy wydzielaniem wody i soli? Pytanie to łączy się ściśle z kwestją, gdzie należy szukać ośrodków czuwających nad stałem stężeniem jonów we krwi.

Ośrodków najwyższych szukać należy niewątpliwie gdzieś ukrytych w korze mózgowej, a może i móżdżkowej. Narazie jednak nasze wiadomości o nich równają się zeru. Nie jesteśmy nawet w stanie oznaczyć płatów, gdzieby mogły się kryć, cóż dopiero mówić o bliższej lokalizacji. U psa mają się one znajdować, wedle Bechterewa, w *gyrus sigmoideus*, względnie *praecruciatus*. Oddis obserwował przypadek zranienia móżdżka przebiegający z hydrurją. Gdziekolwiek ośrodki te znajdują się w korze, łączyć się muszą z innemi, leżącemi podkorowo. Te zaś należą do rzeczy lepiej poznanych. Ściany trzeciej komory mózgowej (*subst. grisea centralis*) jej dno (basis), a w szczególności okolica podwzgórkowa (*regio hypothalamica*), kryją w sobie cały szereg jąder, należących do systemu wegetatywnego. Tu znajduje się ośrodek snu (może raczej w *subst. grisea centralis aquaeducti Sylvii*), ciepłoty, wydzielania łoju, potu, naczynioruchowy, przemiany materji i szereg ośrodków innych, a wśród nich wydzielania wody i soli. Zlokalizować ściśle ten ośrodek, dziś jeszcze trudno, może nie chodzi tu o jedno centrum, ale o liczne. A może istnieje jedno stojące na straży wydzielania wody, drugie tylko soli. W każdym razie nakłucie dna trzeciej komory mózgowej, jak to wykazał Aschner i Leschke, sprowadza moczówkę prostą, w szczególności jednak wedle wielu spostrzeżeń lejek a raczej guz popielaty kryje w sobie całkiem powierzchownie szukany ośrodek. Ciałka sutkowate (*corpora mamillaria*), odgrywają tu niepoślednią rolę. Wszak od nich biegną drogi przez śródmózgowie (mesencephalon) do rdzenia przedłużonego, do dna czwartej komory mózgowej. Oznaczenie ośrodka niższego w tej części mózgu jest wynikiem całego szeregu doświadczeń różnych badaczy. Czołowe miejsce zajmują Claude Bernard, a dalej Eckhard i Kahler. Brugsch, Dresel i Lewy określają to miejsce zupełnie ściśle. Znajduje się ono (na dnie czwartej komory mózgowej) przy dośrodkowym brzegu *subst. gelat. Rolandi, medio-wentralnie* od *corp. restif.* grzbieto od *facialis* w obrębie istoty siateczkowej. Nakłucie (piqûre), leżącego tu szeregu grup komórkowych, sprowadza poliurję. Dalsze badania (Jungmanna, E. Meyera) doprowadziły do wykrycia jądra zwiększonego wydzielania chlorków (hiperchlorurja). Jądro to ma leżeć w najbliższem sąsiedztwie poprzedniego.

Z centralnym układem łączy się nerka zapomocą pary nerwów: sympatycznego i parasympatycznego (błędnego). Pierwszy z nich wywiera działanie hamujące, drugi pobudzające (Asher, Jost, Mauerhofer). Nadto posiada nerka włókna pochodzące ze splotu sympatycznego brzusznego, (Jost). Układ ten, po odpadnięciu regulujących wpływów wyżej wspomnianych nerwów, może stać się poprostu klapą bezpieczeństwa. Podrażnienie splotu brzusznego daje zwiększenie wydzielania soli, a zmniejszenie wody. Ustrój więc (do pewnego stopnia) ma możność obrony jeszcze przed samozatruciem.

Pozostaje w końcu przysadka, w szczególności jej część tylna t. j. nerwowa t. zw. *neurohypophysis*, a raczej ta i *pars intermedia*. Hormony wydzielane przez *pars intermedia* wprost do naczyń limfatycznych (częściowo do cieczy mozgowo-rdzeniowej), przechodząc przez tylną część (możliwie, że tu ulegają pewnym przemianom, rodzaj aktywacji), działają na ośrodek regulacji wody i soli. Jaki jest jednak mechanizm tego działania narazie nie wiemy. W każdym razie wyciąg z części intermedjalnej, i tylnej przysadki, wstrzyknięty podskórnie, czy też wśródżylnie powoduje, (prócz innych działań), zmniejszenie wydzielania wody przy jednoczesnem zagęszczeniu moczu (szczególnie przy moczówce prostej). Tłumaczenie mechanizmu działania pituglandolu drogą rozszerzenia naczyń nerkowych, a więc drogą diurezy, jest w świetle licznych, nowszych badań zupełnie błędne.

Wróćmy jednak do pierwotnego pytania: gdzie należy szukać zmian przy moczówce prostej pośpiączkowej? Gdybyśmy nawet znali ośrodki, leżące w obrębie kory mózgowej, nie moglibyśmy spodziewać się zmian w tychże, nagm. zap. mózgu daje bowiem chyba w wyjątkowych razach nacieki w substancji korowej. Co się tyczy dna czwartej komory mózgowej, to *encephalitis pontis* i *medullae obl.* spotykamy. Jednak proces zapalny, a raczej toksyny wchodzące tu w grę, zdają się nie mieć powinowactwa do leżących tu omawianych ośrodków.

Drogi ukryte w obrębie śródmózgowia mogłyby również stać się siedliskiem zmian. Wszak śródmózgowie jest predylekcyjnem miejscem dla toczącego się procesu zapalnego przy nagm. zap. mózgu. Prawie wszystkie tak częste i typowe zmiany oczne można odnieść do afekcji tej części mózgu. Tu leży w częściach najbardziej kranjalnych (w *subst. grisea centralis*), przytykających do międzymózgowia (*diencephalon*), ośrodek snu, którego zaburzenia są do pewnego stopnia patognomoniczne dla *enceph. epidem.* Rozpatrywane jednak drogi muszą się opornie zachowywać względem jadu śpiączkowego, w przeciwnym bowiem razie, musielibyśmy w przebiegu każdego zap. nagm. mózgu spotkać się z zaburzeniami w wydzielaniu wody, czy soli.

Jak już wspomniałem, specjalnie zwrócona uwaga

przy moczówce prostej pośpiączkowej na przysadkę mózgową dowiodła, że w dotychczasowych przypadkach sekcyjnych ani razu nie spotkano się w niej ze zmianami.

Pozostaje nam więc jedynie międzymózgowie (*diencephalon*). Przypuszczenie, że tutaj należy nam szukać najczęstszych zmian przy moczówce pośpiączkowej popiera fakt, iż w międzymózgowiu spotykamy na nieznacznej przestrzeni nagromadzenie szeregu jąder wegetatywnych których afekcja dołącza się tak często do obrazu moczówki prostej.

Piśmiennictwo.

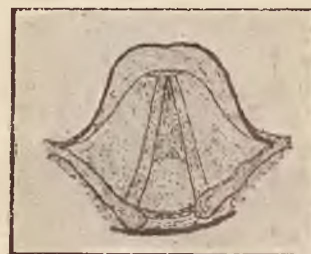
1) Kraus-Brugsch: Spezielle Pathologie u. Therapie innerer Krankheiten X. 2. — 2) F. Stern: Die epidemische Encephalitis. — 3) C. J. Parhon, L. Ballif et V. Mârza: Bull. de l'assoc. des psychiatres roumains. Rocznik 1924. — 4) Ketil Motzfeld: (Rikshosp., med. avd. B. Christiania) Norsk. magaz. f. laegewidens-kaben. Rocznik 85. — 5) Brunnov Selma: Folia neuropath. estoniania T. 3/4 1925 r. — 6) Hall, George W.: Americ. journ. of the med. sciences. T. 165. Nr. 4. Rok 1923. — 7) Artur Biedl: Physiologie u. Pathologie der Hypophyse. — 8) Müller L. R., Greving R.: Medizin. klinik Nr. 16. Rok 1925. — 9. Laignel, Levastine et Couland: Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 37 rocznik. — 10) Briand et Rouquier, tamże, 1920. — 11) Guillain et Gardin: tamże, 37 rocznik. — 12) Labbé: tamże, 37 rocznik. — 13) Laignel-Levastine: tamże, 1921. — 14) Sanz: Rev. di med. y Cirugia prat. 127. — 15) Stern: Neur. Zbl. XL. — 16) Stiefler: Mon. f. Psych. u. Neur. L. Zeszyt 2. — 17) Stiefler: Zt. f. d. ges. Neur. u. Psych. LXXIII. — 18) Barkmann: Acta med. skandinav. LVI. Zeszyt 2. — 19) T. Cohn: Neur. Zbl. XXXIX. 1920. — 20) Gelma: Paris méd. 11. rocznik. — 21) Gottstein: Erg. d. Hyg. Bakt. imm. u. exp. Ther. 1922.

Z PRAKTYKI.

Dr. A. LASKIEWICZ. Poznań.

Z kazuistyki wrodzonych zwężeń błoniastych krtani.

Wrodzone zwężenie błoniaste krtani (diaphragma lar. congen.) należy do zmian stosunkowo rzadko rozpoznawanych za życia gdyż u osobników starszych sprawia ono najczęściej tylko nieznaczne zaburzenia głosowe, natomiast u dzieci poniżej roku, u których błony te są przyczyną nawet dość wyraźnego zwężenia krtani, przedstawia ich rozpoznanie laryngoskopowe nieraz tak wielkie trudności iż z łatwością mogą być te zwężenia pomięszane ze zmianami zapalnemi przewlekłemi podgłośniowemi. Jednem z najczęstszych miejsc usadowienia się tych zwężeń błoniastych jest przednia $^1/_3$ głośni, względnie sam spój więzadłowy, gdzie błony te są rozpięte pomiędzy wewnętrzną krawędzią strun głosowych, sięgając mniej lub więcej daleko ku tyłowi, przezco głośnia ulega znacznemu skróceniu jak w niektórych przyp. o przeszło połowę swej długości. Zwężenia błoniaste w tylnej części głośni na niewielkiej tylko przestrzeni ku przodowi wysunięte opisywali Fein, Chiari i Harmer. Z innych publikacyj zasługują na uwagę przypadki *diaphragma lar. congen.* w przedniej części strun głosowych, opisywane przez Elsberga, Mackenziego, Scheffa, Semona, de Blois, Seiferta, Brunnsa, Hescheline, a w naszem piśmiennictwie przez Zalewskiego i Lehma. Grubość tych błon wynosi w części przedniej tuż przy spoju więzadłowym od 1—1$^1/_2$ mm. Natomiast w przypadku opisanym przez Hansberga u 4-ro miesięcznego dziecka, dochodziła ona nawet do 6-ciu mm. Wolny brzeg tej błony zazwyczaj zcienczały, wskutek rozciągnięcia go przez rozchodzące się na zewnątrz struny głosowe, przedstawia sierpowate wycięcie zwrócone wklęsłością ku tyłowi, które podczas głębokiego wydechu unosi się nieco ku górze. W rzadszych bez porównania przypadkach przychodzi do wytworzenia się dodatkowego zwężenia błoniastego powyżej lub poniżej głośni jak to miało miejsce w przypadku opisanym przez Zurchellego i Rosenberga. Wreszcie na uwagę zasługuje przypadek Seiferta, który znalazł u członków rodziny chorego z wrodzonem błoniastem zwężeniem krtani, a mianowicie u ojca i u dwóch jego sióstr, małe i cienkie zrosty łącznotkankowe w przednim spoju więzadłowym. Co się tyczy pochodzenia tych wrodzonych przepon krtaniowych, to jak wykazały badania Rotha pochodzą one z tych zawiązków ekto- i mezodermy, które początkowo wypełniają cały *aditus* oraz okolicę strun głosowych. Z badań Wiskowskyego wynika, że tworzenie się światła w krtani występuje około 10-go tygodnia życia płodowego pod postacią przewodu gardzielowo- i przedsionkowo- tchawiczego *(canalis pharyngo- et vestibulo- trachealis)* jako wyraz prawidłowego stosunku pomiędzy ciśnieniem wydzieliny, produkowanej przez komórki górnej i dolnej warstwy nabłonka, a rozrostem mezodermy. W przypadkach zaburzeń tego stosunku wrasta mezoderma pomiędzy te zlepione warstwy nabłonka, powodując trwały wzrost w przedniej części strun głosowych ze sobą i tem samem niedostateczne wytworzenie się światła przewodu przedsionkowo-tchawiczego. Objawy kliniczne wrodzonego zwężenia błoniastego krtani cechują się zazwyczaj nieznacznem zaburzeniem czynnościowem głosu, zwłaszcza w przypadkach, w których błony te ograniczają się tylko do przedniej $^1/_3$ części strun głosowych. W rzadkich tylko przypadkach u małych dzieci, u których błony te zajmują na kształt spoistej przepony większą część głośni, występuje obok zaburzeń głosowych (chrypki) także mniej lub więcej wyraźne utrudnienie oddychania. Z reguły jednak są te objawy u osobników starszych tak minimalne, że tylko przypadkowe badanie laryngoskopowe może nas naprowadzić na obecność wyżej opisanej nieprawidłowości rozwojowej krtani. Z dwóch obserwowanych i leczonych przezemnie przypadków wrodzonego zwężenia krtani chodziło w pierwszym o dziecko 10-cio miesięczne u którego w klinice oto-laryng. U. J. w Krakowie w r. 1922 rozpoznałem przy pomocy lusterka krtaniowego zwężenie błoniaste krtani wrodzone, zajmujące przeszło połowę długości głośni. Z powodu znacznej duszności wykonałem *tracheotomia super.* z następowem rozerwaniem od dołu tej spoistej przepony krtaniowej. Dalsze leczenie polegało na systematycznem rozszerzaniu światła krtani przy pomocy czopków Thosta. Drugi przypadek miałem sposobność obserwować w klinice oto-laryng. U. P. w październiku b. r. Dotyczył on chłopca 11-to letniego W. R. dobrze, jak na swój wiek, rozwiniętego, który zasięgał naszej porady z powodu osłabienia głosu w mowie potocznej i śpiewie, trwającego według zapodania ojca od urodzenia. Badanie górnego odcinka dróg oddechowych wykazało: nos, nadgardziel bez zmian, w gardzieli powiększone migdałki podniebienne nie okazujące zmian zapalnych przewlekłych. Tylna ściana gardzieli bez zmian.



Krtań przedstawia obrysy przedmutacyjne. Nagłośnia, *aditus* o wyglądzie niezmienionym. Pomiędzy prawidłowo wykształconemi i poruszalnemi strunami głosowemi rozpościera się szarobiaława i lśniąca błona zajmująca połowę długości głośni, której zabarwienie nie różni się prawie od barwy samych strun głosowych. Wolny brzeg tej błony ścieńczały, ku tyłowi łukowato wygięty unosi się podczas głębokiego wydechu nieco ku górze. Przy tonacji schodzą się struny głosowe dokładnie w linji środkowej, zakrywając swą górną powierzchnią powyższą błonę w zupełności. Objaw ten tłómaczy nam poniekąd tę okoliczność, że górna część skali głosowej chorego, posiada stosunkowo jeszcze czysty i jędrny ton, podczas gdy w średnicy jest głos ten wybitnie osłabiony, a piana mają charakter zatarty. Postępowanie lecznicze wobec tych nieznacznych zaburzeń głosowych musi się ograniczyć tylko do śródkrtaniowego wycięcia tej części błony, która się rozpina wolno pomiędzy strunami głosowemi. Natomiast część przy spoju więzadłowym musi być oszczędzona ze względu na niebezpieczeństwo obrażenia samych strun głosowych i wywołania następowego bliznowatego zrostu. Każdy energiczniejszy zabieg jest wobec braku zwężenia przeciwskazany, gdyż łatwo mógłby zaważyć na szali sprawności głosowej krtani.

Tadeusz SKIBNIEWSKI, asystent Zakładu. Kraków.

Gruczolak torbielowaty trzustki.

Z Zakładu anatomji patologicznej Uniw. Jag.

Dyrektor: Prof. Dr. Ciechanowski.

Według pokazu w Towarzystwie lek. Krakowskiem w dniu 3. VI. 1925 r.

Najczęstszym nowotworem jest w trzustce rak. O wiele rzadsze są nowotwory, nie mające natury złośliwej, wśród nich gruczolaki torbielowate należą do bardzo rzadkich (Wyss, Cesaris-Demel). Priesel na 9.000 sekcyj spotkał 9 gruczolaków trzustki. W ciągu ostatnich lat 5 nie zdarzył się w krakowskim zakładzie anatomji patologicznej ani jeden przypadek gruczolaka torbielowatego, trzustki, a także zbiory zakładu z lat dawniejszych nie zawierają żadnego takiego okazu.

Torbielaki trzustki trzeba odróżniać od torbieli i t. zw. torbielowców (cystoidów) trzustki, które nowotworami nie są, chociaż często, z powodu wielkości (głowy dziecka, Kaufmann) za nie są brane. Torbiele są rozszerzonemi z powodu zatkania przewodami trzustkowemi. Do tejże kategorji należą także torbiele, spotykane często u ludzi starych; według Priesela są one skutkiem zatkania przewodu przez bujanie jego nabłonka, mające być wyrazem starczych zmian (podobnie jak w gruczole krokowym lub sutki). Co do pochodzenia t. zw. torbielowców (cystoidów), to jedni uważają je za zejście krwotoków pierwotnych do miąższu trzustki, inni znów przyjmują pochodzenie ich z ognisk martwiczych (strawienie tkanki tłuszczowej).

Przypadek nasz dotyczy mężczyzny 54-letniego, zmarłego w Klinice Lekarskiej U. J. (Prof. Orłowskiego) z powodu tętniaka aorty.

Na sekcji znaleziono prócz tętniaka i zmian kiłowych aorty, rozedmę i gruźlicę płuc, blizny mięśnia sercowego, obrzęki i przekrwienie wskutek rozszerzenia prawej połowy serca. W trzustce nowotwór, który leży w połowie jej długości, wśród miąższu prawidłowego. Guz ten ma 3 cm. długości, 2 cm. szerokości i 1,5 cm. grubości, ma kształt spłaszczonego jaja i składa się z torbielków, wypełnionych cieczą jasno-żółtą, przejrzystą. Torbielki te od ledwo widocznych dochodzą do średnicy 0,6 cm. i są pooddzielane od siebie pasemkami tkanki łącznej, które układają się miejscami promieniście od środka guzka ku jego obwodowi. Od miąższu trzustki guz jest odgraniczony ostro i otoczony torebką ze zbitej tkanki łącznej, prócz bieguna bliższego (proximalis), gdzie granica jest nieco zatarta. Główny przewód trzustkowy jest drożny.

Mikroskopowo stwierdza się, że torbielki są wysłane nabłonkiem różnej wysokości, od płaskiego, przypominającego śródbłonek, do brukowego, osadzonym na ścianach torbielków; ściany torbielków składają się z tkanki łącznej; spotyka się jednak miejsca, gdzie nabłonek jednego torbielka styka się pozornie bezpośrednio z nabłonkiem drugiego, oddzielony tylko przez parę włókienek tkanki łącznej. Przy biegunie bliższym (proximalis) guza, gdzie granica jest dla gołego oka zatarta, widać pod mikroskopem zarówno pojedyńcze torbielki wśród utkania gruczołowego trzustki, jak też ogniska tkanki trzustkowej wśród torbielków guza. Te ogniska tkanki trzustkowej wyglądają, jak gdyby były uciśnięte.

Pochodzenie tych guzów jest dotychczas nieustalone; najwięcej zwolenników ma teorja zabłąkanych zarodkowych ognisk gruczołowych, w których dopiero po dłuższym nieczynnym okresie objawiła się zdolność rozrastania się, a które wskutek gromadzenia się wydzieliny uległy rozszerzeniu torbielowatemu. Inni sądzą, że możnaby określić pochodzenie tych gruczolaków torbielowatych na podstawie stwierdzonych przez niektórych autorów własności fermentacyjnych treści zawartej w torbielkach, że mianowicie wyściółka nabłonkowa torbielków pochodzi z właściwych komórek gruczołowych pęcherzyków trzustki już po ukończeniu jej rozwoju. Badania treści pęcherzyków pod względem własności fermentacyjnych są jednak nieliczne i dały rozbieżne wyniki; według Honigmanna treść ta ma zawierać wszystkie trzy fermenty, a więc proteolityczny, diastatyczny i tryptyczny; według Priesela tylko diastatyczny; według Albu zaś tylko proteolityczny. Niektórzy autorowie jednakowoż nawet obecności fermentu proteolitycznego nie uważają za dowód w tym względzie.

Priesel wyprowadza nowotwór z komórek nabłonkowych najdrobniejszych przewodów trzustki, uważając te komórki za niezmiernie usposobione do mnożenia się. Idąc w tym kierunku, wypowiada przypuszczenie, że z tych nabłonków przewodzików, jeśli mnożą się silnie, rozwija się rak gruczołowy (adenocarcinoma), jeśli zaś mnożą się słabiej i dochodzą do wyższego zróżnicowania — produkują wydzielinę, to wówczas rozwija się gruczolak torbielowaty. Zdaniem tego autora pewne partje nabłonków, z których powstają nowotwory, wyodrębniają się dopiero w późniejszym wieku.

Pod względem klinicznym gruczolaki trzustki, jako nowotwory łagodne, mogą mieć znaczenie tylko wtedy, jeśli dochodzą większych rozmiarów i wywierają mechaniczny ucisk, zwłaszcza na przewód Wirsunga, co mogłoby wywołać zmiany następowe w ogonowej części trzustki (rozszerzenie przewodów, zanik miąższu zewnątrzwydzielniczego), a stąd objawy niedostatecznego wydzielania zewnętrznego.

Piśmiennictwo.

1) Kaufmann. Lehrb. d. spez. Path. Anat. Wyd. 1922. T. I. str. 813. 2) Priesel. (przytacza wszystkie dawniejsze prace) Frankfurt. Zeits. f. Path. 1922. T. 26. str. 453. — Roman. Virch. Arch. 1912. T. 209. str. 234.

Tadeusz SKIBNIEWSKI, asystent Zakładu. Kraków.

Odma pęcherzykowa jelit. *(Pneumatosis cystoides intestinorum).*

Z zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Ciechanowski.

(Według pokazu w Tow. lek. Krakowskiem 3. VI. 1925).

Odma pęcherzykowa jelit jest dość częstem zjawiskiem u świń (pierwszy przypadek opisany w r. 1825 przez Mayera). Sprawa ta zresztą w naszym kraju nie jest tak częsta; według Ciechanowskiego na 100.000 sztuk nierogacizny bitych w ciągu lat 1901—1903 w krakowskiej miejskiej rzeźni nie znaleziono ani jednego przypadku tej sprawy. U innych zwierząt, jak owce, kury i u ludzi natomiast zdarza się ona niepomiernie rzadziej (u człowieka pierwszy przypadek opisał w r. 1876 Bang).

Dotychczas opisano kilkadziesiąt (około 80) przypadków; w polskiem piśmiennictwie opisali je Ciechanowski i Nowicki.

Sprawa ta mogłaby polegać albo na przedostawaniu się gazu ze światła jelita do jego ściany, gdzie gaz nie zostaje wessany przez dłuższy czas, lub też na wytwarzaniu się gazu w samej ścianie jelita.

Skład gazu był badany tylko w kilku przypadkach odmy pęcherzykowej i to z rozmaitemi wynikami. Pierwszy badał skład gazu Bischoff w r. 1825 z przypadku Mayera i stwierdził zawartość około 15% tlenu i 85% azotu. Krummacher stwierdził prócz obecności obu tych gazów w tym samym mniejwięcej stosunku jeszcze 0.3% bezwodnika kwasu węglowego. Skład powyższy jest zbliżony do składu powietrza. Podobne wyniki otrzymała większość badaczy. Jäger otrzymał wręcz inny wynik, mianowicie tylko 5.6% tlenu, 6% azotu, natomiast 15% CO_2 i aż 73% wodoru.

Gaz ten znajduje się w mniejszych, ledwo dostrzegalnych gołem okiem, lub tylko mikroskopowych, i większych dochodzących wielkości jaja kurzego (Arzt), a nawet pięści (Urban) torbielach i szczelinach, które mogą się znajdować prócz ściany jelita w krezce, w sieci, w gruczołach chłonnych jamy brzusznej, żołądku; opisywano także odmę pęcherzykową macicy i pęcherza. Ale najczęściej znajdują się torbielki gazowe tylko w ścianie jelita i to w dolnych odcinkach jelita biodrowego.

Torbielki mogą leżeć pojedyńczo, lub też skupiać się, tworząc wtedy mniejsze lub większe guzy, czasem kilka guzów, sterczących bądźto ku światłu jelita, bądź ku otrzewnej, bądźteż w obie strony. W ścianie jelita guzy takie leżą przeważnie po stronie przeciwnej przyczepowi krezki, jednak mogą się znajdować i koło samego przyczepu krezki. Co się tyczy siedziby torbielków i szczelin w poszczególnych warstwach ściany jelitowej, to mogą one leżeć w samej błonie śluzowej (Heydemann—najrzadziej), w różnych warstwach śluzówki (Ciechanowski, Nowicki), w warstwie podsurowiczej (najczęściej), w warstwie podśluzowej, w warstwie mięsnej (Plenge) i wreszcie w surowiczej.

W Krakowskim Zakładzie w dniu 7. X. 1924 sekcjonowaliśmy zwłoki mężczyzny 29-letniego, z zawodu maszynisty, operowanego z powodu wrzodu żołądka, u którego stwierdzono odmę pęcherzykową jelita biodrowego w odległości 50 cm. powyżej zastawki Bauhina. (Z innych spraw chorobowych stwierdzono zrosty opłucne prawostronne, zapalenie włóknikowe w obu dolnych płatach płuc i zapalenie nieżytowe oskrzeli).

Odma ta przedstawiała się w postaci guza długiego 21 cm., szerokiego 4.5 cm. i wysokiego 1.5 cm., barwy stalowo-szarej, usadowionego szeroką podstawą na ścianie jelita wzdłuż jego osi długiej, w odległości 1.5 do 2 cm. od przyczepu krezki i wypuklającego się w stronę otrzewnej. Guz ten był złożony z mnóstwa pęcherzyków, wypełnionych gazem bezbarwnym, bezwonnym. Wielkość pęcherzyków, tworzących guz, wahała się od ledwo dostrzegalnych do mających 1 cm. średnicy. Najwięcej było pęcherzyków o średnicy 2—3—4 mm. Śluzówka jelita odpowiadająca położeniu guza jest barwy jasno-szaro-łupkowej; nie widać żadnych zgrubień, ubytków, zaciągnięć, ani innych zmian. Na otrzewnej sąsiedniej nie widać również żadnych zmian.

Pod mikroskopem widać różnej wielkości torbielki, leżące głównie w warstwie podsurowiczej, ale także w podśluzowej (w śluzowej i mięsnej pecherzyków niema). Są one okrągłe i owalne. Spotyka się jednak także przestrzenie nieregularne, szczelinowate. Ściany ich składają się z pasm tkanki łącznej, miejscami tylko wysłanej od strony światła jedną warstwą komórek płaskich podobnych do śródbłonka, przeważnie zaś nie mających żadnej wyściółki komórkowej. Gdzieniegdzie znajdują się szczeliny lub torbielki, wysłane komórkami olbrzymiemi wielojądrzastemi, takiemi samemi, jakie spotykamy koło ciał obcych w ustroju; gdzieindziej znów znajdują się gromadki takich komórek bez światła w środku. W niektórych miejscach w warstwie włókien sprężystych, przebiegającej pod warstwą surowiczą (normalnie ciągłej) widać przerwy; w tych przerwach znajdują się także gazonośne torbielki i szczelinki, a czasem blizenki.

Obecność komórek olbrzymich, luki w pasmie sprężystem, które wytwarzają się, jak dowiódł Ciechanowski, przez przesuwanie się, przeciskanie się banieczek gazu poprzez tkankę, oraz ogniska zbitej tkanki łącznej — blizenki, w tych miejscach gdzie torbielek był, ale stopniowo zanikł wszystko to świadczy: 1. że sprawa przebiega przewlekle; 2. że bańki gazu gromadzą się nietylko w naczyniach chłonnych, lub krwionośnych, jak sądzą niektórzy, ale też, jak to sądzi Ciechanowski w szczelinach (przypadkowych) w tkance; w przeciwnym bowiem razie warstwa włókien sprężystych nie ulegałaby poprzerywaniu przez gaz; 3. że w tkance istnieją w tych przypadkach jakieś warunki, przeszkadzające wessaniu gazu, wskutek czego tkanka oddziaływa podobnie, jak na trudno-wessalne ciała obce, wytwarzaniem komórek olbrzymich.

Do dnia dzisiejszego nie rozstrzygnięto, czy odmię pęcherzykową jelit wywołują sadowiące się w tkance bakterje gazotwórcze, czy też gaz pochodzi ze światła jelita i zostaje tylko mechanicznie w jego ścianę wciśnięty. Przeciw etjologji mikrobowej przemawia fakt, że w ogromnej przewadze przypadków nie wykryto bakteryj ani w preparatach histologicznych, ani zapomocą hodowli, i że skład gazu w pęcherzykach nie odpowiada działaniu bakteryj. Przeciw teorji mechanicznej przemawia trudność wytłumaczenia, w jaki sposób mogłyby powstać otworki-szczelinki, przez któreby gaz wnikał do ściany jelita, oraz niedostateczny wynik prób eksperymentalnych.

Jeszcze ciemniejsze i ciekawsze jest zagadnienie, dlaczego w tych przypadkach gaz nie ulega wessaniu, a raczej ulega mu bardzo powoli i przy pomocy komórek olbrzymich.

Od czego zależeć może ten szczególny stan tkanki czy też ścian naczyniowych?

Zastanawiającą jest w tej sprawie częstość, z jaką przy odmie zdarzają się wrzody żołądka lub dwunastnicy (wg. Faltina w przeszło 50% przypadków). Czy ten fakt nie przemawia za wspólną przyczyną etjologiczną, wywołującą i wrzód żołądka, względnie dwunastnicy, i odmę pęcherzykową jelit, nie można przesądzać, chociażby z tego tylko powodu, że nie wszyscy godzą się na jedną przyczynę powstawania wrzodu żołądka. A jednak w związku z teorją powstawania wrzodów na tle nerwowem możnaby przypuścić takież tło i w odmie pęcherzykowej jelit. Trzebaby tu mieć na myśli drogi nerwowe poprzez splot trzewny wielki (plexus solaris) i dlatego w podobnych przypadkach równoczesnej odmy pęcherzykowej jelit i wrzodu żołądka należałoby na przyszłość badać szczegółowo ten splot oraz podlegające mu sploty mniejsze i nerwy.

Praktyczne znaczenie odmy pęcherzykowej jelit polega na tem, że mogłaby ona wywołać objawy nieznacznego zwężenia jelita i dać powód do zabiegu operacyjnego. Heydemann wskazuje na stwierdzone w 9 jego przypadkach wyraźne zaparcie stolca przypuszczając zresztą, że ta okoliczność nie jest bez znaczenia w patogenezie odmy pęcherzykowej.

W przypadkach odmy już wycinano guzy, znalezione w jelicie; rzecz wątpliwa, czy potrzebnie, bo, jak się okazuje z przypadków Wickershausena, Plengego, Ciechanowskiego i innych, odma może się sama cofnąć bez śladu, lub prawie bez śladu (jedynie pozostawiając włókniste zgrubienia i kosmkowate wyrośle na błonie surowiczej). Przytem, usuwając guzy jelita, dostrzegalne od zewnątrz, usuwa się częściowo warstwę mięsną, (uszkadzając przez to ściany jelita więcej, niż to czyni sama odma, w miarę swego rozwoju zazwyczaj rychło znikająca z warstw mięsnych, a rozpościerająca się silniej w warstwie podsurowiczej) i wcale się nie zapobiega nawrotom.

Piśmiennictwo.

1) Ciechanowski. Przegl. lek. 1904. Nr. 1, 2, 3. — 2) Kaufmann. Lehrb. d. spez. Path. Anat. Wyd. 1922. T. I. str. 604. — 3) Nowicki. Virch. Arch. 1909. T. 198. str. 143. — 4) Plenge. przytacza dawniejszą literaturę) Virch. Arch. 1921. T. 231. str. 330.

Z HISTORJI MEDYCYNY.

Dr. Witołd ZIEMBICKI. Lwów.

Przypomnienie starego zdroju i starego o nim dzieła. (Szkło i Syxt).

Rzecz wygłoszona w Lwowskiem Tow. Lekarskiem na posiedzeniu naukowem dn. 26. maja 1922.

Opodal Lwowa, przy linji kolejowej Lwów-Janów Jaworów, leży miejscowość Szkło*). Dzięki swym źródłom siarczanym słynna niegdyś w całej Rzeczypospolitej i jeszcze z końcem ubiegłego stulecia z upodobaniem odwiedzana, dziś w zupełnem znajduje się zaniedbaniu, a zakład, niezdolny ongi pomieścić napływających gości, w prawdziwej ruinie. Źródła, oddawna opuszczone, rozlewają się po starem, pięknem ustroniu, majętność sama przeszła różne koleje, dziś nawet i z przepięknego, cienistego parku zakładowego pozostały tylko wspomnienia. Przetrwała w stanie czynnym i odpowiednio zabezpieczona jedynie część źródeł, będących w posiadaniu wojskowości, która za czasów austrjackich utrzymywała tam swój zakład erarjalny, objęty obecnie przez władze wojskowe polskie.

Szkło posiada dwie osobliwości przyrody. Jedna: źródło *„Sina Woda"* przy drodze do przystanku w Jaźowie. Jestto mały stawek, w zimie nie zamarzający, o barwie mlecznej, we środku którego siarczane źródło stanowi białą plamę. Druga, 3 km. na wschód od Szkła, to *„Paraszka"* czyli *„Kipiaczka"*, — jestto gejzerowate źródło przerywane, wśród piaszczystego dna potoku. Z właściwemi gejzerami niema ono nic wspólnego. Co kilka minut wybucha w powietrze około 1 m. wysoki słup wody, wyrzucając włożone w źródło przedmioty". (Dr. Mieczysław Orłowicz: Przewodnik po Galicji 1914., str. 81).

Wiadomości o Szkle powinny być dla nas, lekarzy, interesujące z dwu powodów: ze względu na przeszłość, jak wszystko, co odnosi się do historji naszej nauki, niemniej jednak ze względu na przyszłość, która, nie wątpię, przy bliższem zatroszczeniu się tą, uwagi godną miejscowością, ułoży się dla niej pomyślniej, niż teraźniejszość.

*) Stacja kolejowa Starzyska.

Przeszłość Szkła, jako zdrojowiska, jest bardzo dawną.

Sławę jego głosili już nasi znakomici medycy w XVI. i XVII. wieku, Oczko i Syxt.

Oczko Wojciech (1537—1599), uczeń fakultetu krakowskiego, nadworny medyk królewski, badał z polecenia Stefana Batorego źródła siarczane w Szkle, którym nadał nazwę „wód Jaworowskich". Zbyt krótki pobyt nie pozwolił mu napisać już wówczas osobnej rozprawy o tych źródłach, w pracy swej jednak: **„O Cieplicach"** (Kraków 1578), poświęca wiele uwag wodom siarczanym. Na szczególniejszą uwagę zasługuje, że dzieła Oczki, a mianowicie wspomniane dzieło o Cieplicach i dzieło **„O przymiocie"** — są pierwszemi tego rodzaju dziełami lekarskiemi, pisanemi po polsku. Dziś należą one do wielkich rzadkości bibljotecznych. Lat temu 50 znanych było zaledwie kilkanaście egzemplarzy, o ileż mniej musi ich być dzisiaj. Lwów szczęśliwym trafem posiada 3 egzemplarze dzieł Oczki, a to: jeden w Bibl. Ossol., drugi w bibl. rodziny Pawlikowskich, złożonej obecnie również w Ossolineum, trzeci w poturzyckiej bibljotece Dzieduszyckich przy ul. Kurkowej. Inne dzieła Oczki zaginęły w zupełności. Dzięki swym pracom nad przymiotem Oczko jest ojcem syfilidologów polskich i tak też nazywa go Klink, któremu zawdzięczamy piękne i wyczerpujące studjum o Oczce, wydane 1881. jako wstęp do księgi jubileuszowej ku czci Dra Józefa Majera, księgi stanowiącej reprodukcje „Cieplic" i „Przymiotu".

Pisząc o Cieplicach miał Oczko na celu przedewszystkiem wykazać ich pożytek dla chorych wenerycznych.

W leczeniu przymiotu — Cieplice, zwłaszcza siarczane, mają zdaniem Oczki znaczenie niezaprzeczone, aczkolwiek tylko pomocnicze. Choroby jako takiej nie usuwają, a w przypadkach ciężkiego przymiotu są zupełnie bezskuteczne.

„A jeśli jest skromniejsza, że wnętrza nie tak bardzo zarazіwszy, tylko na skórę się wydała, a w krosty obróciła, cieplicami jej ratować możem: wszakże nie z tym zaufaniem, aby istność choroby tamtędy wyniść miała, gdy tak głęboko zasiadła, że jej zwierzchowne (Merkurjuszowi zawżdy exceptią dawszy) — trudno dosiąść mają, ale te przypadki, co wylazły na wierzch, zagrzeją, rozpędzą, wysuszą".

Klink, sam syfilidolog, z podziwem pisze o bystrości Oczki, o jego wiedzy, znajomości piśmiennictwa, a niektóre rozdziały dzieła o przymiocie uważa za tak wzorowe, iż dziś po wiekach, niewiele można dodać do opisu objawów, albo n. p. znajomości działania rtęci i jej dobrych i złych skutków.

Syxt Erazm (względnie Sixtus Erasmus) urodzony we Lwowie, gdzie był rajcą miejskim, cieszył się sławą lekarską i znanym był z dobroczynności. Na jego to cześć i pamiątkę ulica Sykstuska we Lwowie nosi swą nazwę. Pod koniec życia powołany na stanowisko profesora medycyny w akademji zamojskiej, umarł w Zamościu 1635.

W r. 1617. wydał dzieło o źródłach w Szkle. Ponownie wydano je w 150 lat po jego śmierci (1780). Treścią tego dzieła pragnąłbym się w krótkości podzielić z Kolegami, w przeświadczeniu, że te pożółkłe od starości karty, wprowadzające nas w świat dziwnie dziś brzmiących ówczesnych pojęć lekarskich, wyrażonych starodawnym językiem, godne są przecież uwagi i przypomnienia.

„Quis est quem non moveat rerum gestarum memoria consignataque Antiquitas" (Cicero) — motto Tomasza Święckiego w „Opisie starożytnej Polski" (1816).

Mamy przed sobą drugie wydanie: Tytuł dzieła brzmi: „O cieplicach w Szkle ksiąg troje. Przez Erazma Syxta, Philozofiey ,y ,medycyny doktora napisanych. Edycja druga w Warszawie y w Lwowie u Jana Augusta Pozera. R. P. 1780". —

„Zamysł y przedsięwzięcie to moie iest, abym wody ciepliczney we Skle, (Skłem Wieś zowią, która od Jaworowa mile, á od Lwowa miast Ruskich pięć mil leży) złe używanie y dobre pokazał ludziom tym, którzy prawie ze wszystkiego Państwa Rzeczy pospolitey Polskiey uciekają się temi czasy". Tymi słowy zaczyna autor swą pracę, którą podzielił na 3 księgi, podając w pierwszej z nich rozprawę o wodach w ogólności, w drugiej o t. zw. „Cieplicach", — trzecią poświęcając znaczeniu samego wreszcie Szkła, zwanego podówczas: „Cieplicami Sklanemi", albo „Jaworowskiemi".

Nie zatrzymuję się dłużej nad dwoma pierwszemi księgami „Trzecią księgę czytaj zaraz, opuściwszy dwie, — pisze sam autor — jeśli się nie chcesz bawić długiemi diskursami".

Kto ciekaw, znajdzie w pierwszej z nich zapatrywania o działaniu wody na ustrój ludzki, wody, jako „żywiołu szczyrego", czyli wody „surowej", wody mineralnej, znajdzie naukę o kąpielach, od chłodnych aż do gorących, (których gorącość w ciele sierotki do kupy zamyka"), dalej przestrogi przed używaniem wanny po jedzeniu, przyczem autor przytacza, jako odstraszający przykład Niemców (którzy jedzą i piją w wannie) i „łaziebników, którzy w łaźni służą, iakoć są nadobni", — tak, że nimi „mogłby jako śmiercią w ciemnościach dzieci straszyć".

W drugiej tłumaczy S y x t nazwę „cieplic“ czyli term

θερμάς πνγάς

— ciepłe źródła), uważając za nie jednak nie tylko źródła gorące, w których kury oparzaią“ i z których „bydlę — wpuszczone tam — za krótki czas kość samą bez mięsa wywlecze“, a l e i z i m n e ź r ó d ł a, o p i e r a j ą c s i ę n a z a s a d z i e, ż e d z i a ł a j ą o n e s k u t e c z n i e d o p i e r o w ó w c z a s, k i e d y s i ę z i m n ą, z n i c h p o c h o d z ą c ą w o d ę z a g r z e j e.

„A chociaż y zimnych wod bardzo wiele iest na świecie, jakoto y **te nasze we Skle,** ktore z przyrodzenia swego maią iakieś przymieszanie, iedno iż ich używanie nie może bydź skuteczne, aźby były od ciepła zagrzane, przeto y takowe cieplicami nazywią się“.

Księga trzecia, najwięcej nas zajmująca, zawiera:

1.: historję zdrojowiska w Szkle i wiadomości o składzie tamtejszej wody,

2.: wskazania i przeciwskazania lecznicze przy jej używaniu,

3.: pouczenie o sposobie jej użycia.

„Te tedy wszystkie rzeczy podam ludziom do wiadomości aby snać nie tak do tey wody Iaworowskiey szli, iako więc zwykły owce iedna za drugą w wodę albo na paszą iść. chociaż nie wiedzą ieśliź dobrze ona pierwsza zaszła, abo nie“...

„Wiele iest cieplic, ktore abo bydło chore, abo ludzie z trafunku onę wodę piiąc, abo też w niey się pławiąc, choroby swe uleczali y przeto potym do wiadomości ludzkiey, y do sławy przychodziły. Tak albowiem u Brandule woły, które czasu swego krwią mokrzyły, a chorobę tę iakoby przyrzutną *(quasi per contagium)* wszystkie w tamtym kraiu miały: (a to się działo roku Pańskiego 1448), ktore napiwszy się oney wody zaraz ozdrowiały, a ktore woły opodal były, bądź też blisko onego źródła, a wody tey nie piły, tedy wszystkie zdychały. To ludzie widząc, y przypatruiąc się temu: poczęli z nienagła tychże wod używać do takowychże chorób ludzkich, to iest, kto miał nerek rzezanie, bol kamienny, abo kiedy krwią mokrzył, y insze fluxy, tam tędy cierpiał: a kiedy widzieli pomocne y na tamte choroby krwawe pożyteczne, poczęli potym używać na plwanie krwia, y na inne choroby, w ktorych krew ściekała. Powiedaią, że u Filaku była iedna niewiasta, ktora miała upławy (iako to zowią) y iuż była wyciekła y wyschła, y mężowi iuż była obmierzłą (iakoż oprocz tego dosyć iest plugawy narod niewieści) chciała się tedy dla tego w sadzawce cieplicżney (ktorey ieszcze dla zdrowia nie używała) utopić: gdzie iż utonąć nie mogła dla miałkości oney wody, tak się iey stało, iako onemu, ktorego służebnica, iego otruć iaszczurką dla sprosności (oney) choroby z brzydliwości chciała, a ona iego uzdrowiła: tak też y ona niewiasta długo się pławiąc y topiąc w oney wodzie po kilku godzinach świeższą y zdrowszą wyszła, y kończąc potym na każdy dzień ono kapanie do zdrowia dobrego przyszła: y tak napotym ludziom na insze fluxy zaleciła, że teraz w niemałej cenie iest ta woda. O naszey Iaworowskiey wodzie we Skle, kiedym się dowiadował z której okaziey do wiadomości ludzkiey ta woda przyszła, nie umieli oni obywatele mnie nic powiedzieć. Pisze jednak Woyciech O c z k o, medyk K. I. M. człowiek w lekarskiey nauce biegły y sławy wielkiey za swe prace godny, iż te wody parszywe szkapy ukazały. Potym wołowiec nogę miaźszą y ulow pełną mając kilka dni płocząc, a do zdrowia ią przywiodszy naszym ludziom tak szczęśnie pokazał, że ledwie jest ktoby z niey na choroby rozmaite nie kontent odiachał. Także piszą o onych cieplicach co u Padwie. Aponitanas ie zowią, (dokąd Tiberius po odpowiedzi syłał) owce parszywe y bydło nie zdrowe wszczęło...

Wody te Iaworowskie raz nazywaią tak iako się iuż mianowało, że niedalcko miasta Iaworowa K. I. M. mila dobra odległe: iako też y Padewskiemi cieplicami nazywaią, i że blisko miasta Padwi w mili, y daley te wszystkie one wody ciepliczne wynikaią. Nazywaia też tę naszę wodę Iaworowską, woda Sklaną, albo ze Skła. Badź to od wsi, w ktorey to źrzodło iest położone, bądź też wieś iest nazwana od tey wody: a woda dla tego iest przezwana śkłem, iże tak przeyzroczysta, iako skło naysubtelnieysze: abowiem kiedy kto w niey siędzie, nayinnieyszy członek aź do samego dna wanny w niey obaczy.

A iź ta woda daie z siebie, kiedy onę kto weźmie na ięzyk, smak iakoby słony, y trochę cierpniacy, przeto może się kto domyślać, iz ma w sobie saletrę, y siarkę: ale ieśliź zarownie oboię materyą ma, abo mi tego doskonale ięzyk rozeznać nie może, zapach iest tey wody siarczany, abo iako pospolity człowiek zwykł mawiać, że tak pachnie, iakoby iayca przewarzane: zkąd znać, że nie sama siarka iest w tey wodzie, ale iest niemało przymieszaney saletry, ktora taką wonność czyni tey wody. Barwa teyże wody iest takowa, że oczywiście może obaczyć siarkę w niey....

A farba iey biała, y Sklanemu, y iakoby z trochą popiołu zmieszanemu podobna, iako O c z k o pisze....

A kiedy kto wpuści w tę wodę srebro, tedy poczernieie....

Tey wody wywarzywszy, albo trzecią część, abo połowice, dać się ustać, y potym znaydziesz na dnie w garncu materyą siarczaną, y saletry....

Kto dowodnie wie, iakową moc y władzę ma siarka, y saletra, tenże niepochybnie wiedzieć może, na co się też zeydzie ta woda siarczana y saletrzna“.

Wyłożywszy następnie rzecz o czterech żywiołach, z których „ciała ludzkie, ba y bydlęce są złożone“. a mianowicie o ogniu (żywioł ciepły i suchy), o wietrze (żywioł ciepły i wilgotny), o wodzie (żywioł zimny i wilgotny), i ziemi (żywioł zimny i suchy), wreszcie o konieczności utrzymania ich wzajemnej równowagi, pisze: „że ta woda Iaworowska będąc władzy gorącey y wysuszaiącey, nie może innym chorobom pomodz, ieno tym ktore są z zaziębłych barzo wilgotności, y ciałom barzo wilgotnym“. W zdaniu tem mieści się główna i na ówczesnych poglądach oparta zasada wskazań do leczenia wodami siarczanemi.

Następuje przegląd chorób, — „począwszy od głowy aż do nóg“.

I zaraz na początku mówi:

„A ponieważ gorączka iest choroba wszystkiego ciała, abowiem wszystkie członki namaca, począwszy, y zaiąwszy się od serca, rozchodzi się y rozpała, potym y wszystko ciało suszy, a ta woda y iest też ciepła, wysuszaiąca, toć żaden z gorączką do tey wody ciepliczney przystąpić nie ma: abowiem co by to za rozum był, suche suszyć, a ciepłemu ciepła, aby się ieszcze tym więcey zapalało, przydawać. Ale gdziekolwiek się w ciele pokażą zbytnie w i l g o t n o ś c i z i m n e“ a więc, że przytoczę niektóre przykłady: „Może bydź pomocna ta woda piskowi, y głuchości w uszach, ktora choroba bywa albo z wilgotności zimney, albo też z wiatru, a to może sprawić (tj. sprawić pomoc) czyniąc stillicidium, to iest, z wierzchu strumień, abo kąpanie tey wody na głowę. Toź może sprawić, y także pomodz, gdy głowa długo boli“, „gdy kto zwątloną pamięć ma, iż prędko zapamiętywa. Gdy też kto choruie na dychawicę, y na inne choroby, ktore na piersi przypadaią, bądź onę piiąc, bądź też się w niey kąpiąc, gdyż Medici pospolicie używaią flores sulphuris dla dychawice, y częstokroć z wielką pomocą dychawicznych. Łupania głowy, puł głowy bolenia ta woda ratować może, powietrza ruszenie, skurczenie ust, szyie, abo inszych członków drzenie. Także oczom nie mało pomaga, ieśli choroby w nich będą zwierzchowne, ktore powiekom skorze, a kątom należą, abo przez wilgotność zbytnią z głowy, abo żołądka, wzrokowi co szkodzą lecz ktoby słabe z przyrodzenia oczy abo owe, co kataraktami a błonkami porosły, wodą tą leczyć chciał: y wodzie, y radzie przygana rychleysza, niź oczom poprawa. Uszom tenże pożytek dać może, gdy w nich ropa, ostrupienie, zalężenie, abo głuchość z pełności iaka się nayduie, dym w takie uszy wpuszczaiąc, ciepłą wodę na kamień leiąc, a przez trąbę z papieru uczynioną w uszy wpuszczaiąc, a zaraz oleykiem rucianym w cebuli wielkiey usmarzonym meaty one w uszu zawarte zatykaiąc. Dobrze przedtym ciało przepurgowawszy, co w używaniu tey wody na każdą chorobę zachować potrzeba. W nozdrzach będoli krosty, łupieże, mięso narosłe: (Polypum zowią) tą wodą ciepliczną ratować się mogą, zębom, y dziąsłom, ktore zranienie, narościenie, descensy, krosty, osłabienie, a wielkie odwilżenie cierpią ta woda pomocna usta płokać“.

Wielkie znaczenie przypisuie S y x t leczeniu wodami siarczanemi cierpień dróg moczowych. „Nerki też zranione, y phlegmą zatkane, także poraniony męcherz, ba y pendent, ta woda tak doskonale leczy, ż e ż a d n a r z e c z n a d n i ę i n n a l e p i e y. Iczego ani salsą, ani drzewem, ani też innemi lekarstwy wysuszaiącemi nie możemy więc w nerkach, y w męcherzu, także y w pendencie uleczyć, tedy szczęśliwie y z wielkim podziwieniem te wszystkie przypadki bywaią uskramiane. Y gdy więc lub z przymiotu dworskiego, lub też z inszey przyczyny ropa przez pendent ciece, a lekarstwy stanowić się niechce; tedy ta woda barzo iest pożyteczna: czegośmy iuż nieraz na ludziach roźnych doświadczyli, ktorych tu w wspominać się nie godzi. ani przystoi. Także niewiastom, ktore sprośną wilgotnością macicę zamuloną y osłabiała maią, y albo nie dobrze, albo też nie co miesiąc to wychodzi, co wedle ich przyrodzenia miałoby odchodzić: tedy te plugastwa wysusza, macice otwiera, y umacnia, twardości w niey zmiękcza, na ostatek ieśliże z tych wilgotności, y zamulenia niepłodną iest, tedy płodnieyszą się staje: czegom y sam doświadczył. Y ieśliź ktora zwykła przed czasem płod poroniwać, tedy nad tą wodą parzyć iest rzecz barzo pożyteczna, y zdrowsza niż insze wszystkie parzenia ktorych baby bezrozumnie zażywaią. Wiele pomodz może ta woda y na chiragry, y na podagry, na scyatyki (mało ischiatico) y na bolenie członkow: wszakoż gdy będzie ktora zastarzała z tych chorob; że się iuż podagra w guzy skamieniałe obroci, że iuż y kamienie między członkami rodzić się będą: iako był u nas Iust Introligator, ktory przez kilka lat leżał chory na nogi y na ręce, u ktorego z członkow prawie wszystkich kamyczki wychodziły, a przedtym, niżeli się mieysce otworzyło, bol wielki y nieznośny cierpiał: na takowe chiragry, y podagry ta woda nic nie pomoże. Naybarziey iednak ta woda pomocna iest tym, co maią skorę po wierzchu plugawą; bądź to będą strupy, parchy, otręby, łupieże, krosty suche, albo zropione, gdy się w niey kto będzie ponurzał, y kąpał. Nawrzody też oney zażyć możesz, na fistuły, na dymiona, wole, na brodawki, na liszaie, y na insze zwierzchnie plugastwa, zwłaszcza ktore w sobie nie maią wielkiego zapalenia, albo nie są barzo głęboko, a twardo wewnątrz: nawet na owe blachy (ad vitiligines) ktore po ciele pokazuia się, co więc ludzie prości nazywaią ostudami, y wiele baśni o nich plotą, barzo skuteczna może bydź ta woda: nawet choć te takowe blachy, y liszaie będą z niemałym zapaleniem tedy takie znosi ta Iaworowska woda, że y śladu żadnego nie zostawuie. Czegom ia sam na sobie doznał, gdym takowych liszaiów, y blach po ciele

barzo wiele miał, a wszystkie poodchodziły". Przeszedłszy rozmaite narządy i ich choroby (m. i. przewód pokarmowy) kończy Syxt: „Tym tedy wszystkim chorobom ta woda Sklana, które się napomniały pożyteczna iest: a ktore, albo gorące są, albo też z przyczyny gorącey pochodzą, nietylko pożytku żadnego nie czyni, ale co większa, wielkie uszczerbienie zdrowiu, na ostatek y śmierć przynieść może".

„...każde lekarstwo więcey należy na dobrym używaniu: iako przeciwnym obyczaiem złe używanie, lekarstwo ono same, y Medyka do hańby y lekkiego uważenia przywodzi".

Następują przeciwskazania:

„...ktorzy pełni są krwie, y innych wilgotności, u których napełnione są wszystkie żyły, y iakoby napięte, y ciężkość niemałę ciała czuią, takowi nie maią przystępować do używania tey wody, aźby pierwey uplenili po małey części oney to pełności: bądź to upuszczeniem krwie bądź też lekarstwem purguiącym, y nie dosyć raz ciało przeczyścić ale razy kilkanaście: wedle zdania y rozkazania Medyka mądrego. Albowiem, gdy takowi ludzie używaią wod cieplicznych, nie uiąwszy onego mnostwa zbytnich wilgotności, przychodzą więc wielkie descenty ktore potym nagłą śmierć (apoplexiam zowiemy), albo sen ustawiczny v bezmierny (Subeth z Arabskiego zowią) — lethargum, Subeth Arabicus dictum — za sobą przywłoczą. A to dla tey przyczyny: iż one wilgotności pierwey spokoynie w ciele onym na swych mieyscach leżały, y trwały, a rozpuszczone, iż nie mogą się ostać na dawnym mieyscu, muszą się y tam y sam ruszać, y z iednego mieysca na drugie spływać. Y przeto gdy gwałtownie y z wielkiem zapędem na zacne, y na przednieysze mieysce sie obala, pewną śmiercią zabiiaią".

„Owym też ktorzy pełni są cholery (qui bile abundant), y prawie od niey pałaią y tak wyschli są, że iedno skora a kości, lub też to z choroby ta suchość ciała będzie: nie radzę aby mieli się kąpać, bądź też pić tę wodę Sklaną. Y tego chwalić nie mogę, co dzieci drobne dla krost, y dla innych zwierzchnych plugastw w tey wodzie kąpią: albowiem ciała onych są rzadkie y wilgotności wielkiey potrzebuią gdyż y życie ich wilgotne ma być, iako Hippocrates y Galenus uczy, przeto wysuszać ich nie potrzeba, a do tego z d r o w s z e z a w s z e d z i e c i b y w a i ą, k t ó r e p l u g a s t w a z w i e r z c h n e m a i a, a n i ż e l i o w e c o n a d o b n e z d z i e c i ń s t w a t r w a i ą".

„...starcom zgrzybiałym barziey może bydź szkodliwa, aniżeli pożyteczna ta woda: ponieważ w onych iuż nie wiele ciepła przyrodzonego iest, które więtszym ciepłem tey wody Szklaney, snadnie może bydź potłumione, zagaszone, nieinaczey iako gdy kto do lampy iuż prawie dogorywaiącey, oliwę prędko y mnogo leie, rychley onę zgasi, aniżeli rozpali. Na ostatek y białogłowy brzemienne, do tey wody nie maią ieździć, aby snać przed czasem nie poroniły płodu, insza iest, że się mogą naparzać".

Za czasów Syxta używano wody siarczanej w sposób 4-raki: do kąpieli, do picia, do polewania, do naparzania. Ponadto używano też błota. Bardzo szeroko rozpisuje się autor o używaniu kąpieli. Nadewszystko przestrzega przed używaniem ich bez porady:

„...radzę i proszę aby żaden nie przyjeżdżał aźby pierwey przystoynie o swey chorobie rozmówił się z dobrym y bacznym lekarzem" i czyni przy tem uwagę, że: znaydzie się takowych wiele y medyków, którzy gdy iuż nie wiedzą co czynić z chorobą, że ani lekarstwom żadnym nie ustępuie, ani też folgi żadney nie maią, nie wiedząc co iuż czynić, do tey wody z daleka odsyłaią, by się tylko onych chorych przykrych od siebie zbyli".

Następuje 11 nauk dla kąpiących się w Szkle.

1-sza i 2-ga nauka wspomina o przyrządzaniu kąpieli.

3-cia przestrzega, by przed kąpielą postarać się o wypróżnienie. O ile nie przychodzi ono samoistnie. —

„tedy weźmi albo klisterę wprzód niż do wanny przydziesz, abo też lekarstwo lekkie wyszedłszy z wanny. Klisterę ieśli kto dostatni maiąc z sobą Aptekarczyka, wedle opisania Doktora, y rozkazania łatwo wziąć: a gdzieby też dostatku takiego nie było, o taką nie trudno ktora się teraz opisuie dla uboższych. Weźmi polewki z cielęciny albo z kura, lub też z mięsa wołowego, nie będzieli tego, weźmiże żuru puł kwarty, przymiąszayże do tych polewek, do któreykolwiek z nich, ieźli będziesz miał z phlegmy chorobę, miodu przasnego łyszkę, iednę, albo dwie: a pierwey uwarz w tym żurze, albo w polewce, kmin polny, y kramny; albo też kopr Włoski, y kopr swoyski: możesz też przydać trochę oliwy, będzieszli onę miał, a gdzie tey nie będzie masła trochę, y żółtek z iaia, to dobrze zmieszawszy, będziesz miał klisterę, ktorey zażyiesz przedtym niżeli do wanny wnidziesz."

Ten i temu podobne przepisy przeznaczone są, wedle słów autora dla tych, którzy się „albo wstydzą radzić Doktora, albo też dla skąpstwa niechcą, y więcey miłuią grosz, aniżeli zdrowie."

4,, 5., i 6-ta nauka podaje przepisy, których sie należy trzymać przed wnijściem do wanny i w czasie kąpieli.

7. i 8 przestrzega przed zbytecznem poruszaniem się w wodzie.

„Masz spokoynie siedzieć oprócz rąk y nóg", inaczej: „...para będzie się wznosić y tak głowę może obrazić y pewnie obrazi, dla czego wchodząc do wanny każdy głowę powinien sobie obwiązać y okryć dobrze dla pary dymow ku gorze sie wznoszących".

9. nauka podaje porę dnia, w jakiej kąpieli używać można.

„Dwakroć na dzień może siadać w tey wodzie; rano w poł godziny, albo niechay w godzinę po wschodzie słońca: a po obiedzie w siedm godzin, a nayprędzey w sześć: dwie albo trzy godziny przed zachodem słońca. To iednak niechay pamięta: aby pierwszego y drugiego dnia raz tylko się kąpał; dopiero trzeciego, albo czwartego dnia dwakroć pocznie się kąpać, aby znienagła przysposobiło się ciało, y przyuczało owemu lekarstwu wodnemu".

10. Czas trwania kąpieli oznacza jako względny, zależny od warunków indywidualnych.

„Nayduią się ludzie ktorzy mogą siedzieć godzin trzy y więcey" Dalej jednak przestrzega przed zbyt długotrwałą kąpielą.

„Wszelakiey wody tak długo mamy zażywać y w oney siedzieć, póki u palcow, y nog pucki (summitates) marszczyć się będą, albo kiedy pot na ciało występować pocznie".

11-ta nauka wreszcie omawia czas trwania kuracji. Winna ona trwać tak długo, dopóki chory, zauważywszy już raz ulgę, nie czuje zupełnej poprawy, choćby to miało trwać i dni 40." I na odwrót, kiedyby chory po kilku dniach czuł się uleczonym, nie potrzebuje leczenia przewlekać.

Następne rozdziały polecają szereg ostrożności, które należy zachować po wyjściu z wanny. Kończą się one nauką:

„Tak ratuy zdrowia ludzkiego abyś ratuiąc czego drugiego nie zepsował (ita profis, ne noceas)".

Niekorzystnych następstw wylicza dziewięć. Są one następujące: zaparcie stolca, bole głowy, bezsenność, gorączka, nadmierne pragnienie, obfite poty, omdlewania, a wreszcie „ostrość uryny, ktora rzezanie w pendencie, y częste chodzenie z wodą pobudza. Częściey się przytrafia tym którzy onę (wodę) piią".

Wodę w Szkle bowiem też p i j a n o. Syxt przytacza sprzeczne zdania autorów, z których jedni byli przeciwni piciu wód siarczanych, drudzy jak Galenus, wspominają o wodzie siarczanej jako środku przeczyszczającym. Tralliamus dawał ją przeciw bolom jelitowym.

„...woda Sklana ponieważ ma w sobie saletry (nitri) więcey a siarki mniey, pewna rzecz, iż pożyteczna iest do zdrowia, gdy ią kto będzie pił: tak dla siarki którą ma w sobie, iako daleko więcey dla saletry, ktora gdy się naydzie w ktorey wodzie, tedy onę czyni naysposobnieyszą do picia, iako to pisze Aetius ex Arhigina, ktory żył czasów Nerona Cesarza. A na te choroby dobrze pić tę wodę. Nayprzod, na kolkę, na rzeżanie w ielitach: bądź też y klystere z tey wody zechce dać kto, dobrze uczyni, potym nerkom zranionym, y pendentowi iest bardzo pomocna, gdy owo ropa, y krew czasem z zielonością przez te mieysca wychodzą: do tego ieszcze owę rzeżączkę (gonorrhoeam); bądź to z france ią kto ma, bądź też z inney przyczyny, bardzo dobrze uzdrawia".

Przytacza znowu szereg wskazań i pouczeń przy piciu. Dzieciom dawać jej nie radzi:

„...ta woda wysusza, co iest przeciwko dziecinnym latom".

Nieradzi też podawać jej ludziom starym (podobnie jak kąpiele).

„Ani też owym roskazuy pić tey wody, ktorzy swywolnie żyią: ktorzy każdą rzecz chcą ieść y pić, spać y w południe: albowiem y ci żadnego pożytku y uciechy nie odniosą. Ieszcze ktorzy chodzić nie mogą, nie maią tey wody pić gdy ta woda iako y inne cieplicznę powinna aby wyszła z ciała; bądź to przez stolce, badź też przez urinę, abo naostatek przez pot: a nie może wyniść, iedno kiedy ustawicznie pacyent z mieysca na mieysce chodzi".

Następują szczegółowe wskazówki higjeniczne, opis działania ubocznego, a więc przypadłości, jak wymioty, bezsenność, to znów senność i t. d., wreszcie przepisy zachowania się po ukończeniu kuracji, kończące się przestrogą:

„Z W e n e r ą zabaw zaniechay przez dni przynaymniey czterdzieści".

T r z e c i m sposobem stosowania wody cieplicznej było używanie „D u k c y i" (iako Włoszy mówią"). „Nic innego nie iest Dukcya, iedno puszczenie wody strumieniem, bądź na głowę, bądź też na inna część ciała".

C z w a r t y m sposobem było n a p a r z a n i e (parą wody, dobrze zagrzanej).

Znachodzimy oczywiście znowu szczegółowe wskazania do obu tych sposobów.

Naparzania n. p. „mogą Białogłowy zażywać, gdy macice bardzo zaplugawioną złemi y zimnemi wilgotnościami maią, skad nietylko wiele nieznośnych chorób na nie przypada, ale też niepłodnemi stawaią się, dla śliskości macice".

Do celów leczniczych służyło wreszcie, jak już wspomniałem, b ł o t o. Syxt narzeka, że: „Narod nasz zawsze swoie rzeczy domowe zanic niema"..„ że nie słyszał, aby ktory lekarz przepisał używanie tego błota. Że my nawet nieradzi czytamy swych autorów dzieła, po łacinie, czy po polsku napisane i pyta:

„...albowiem iako nas wiele takowych ktorzybyśmy mieli onę Xiązkę o Cieplicach po Polsku od Woyciecha Oczka napisaną, z ktorey wiele nauk, y niemały pochop do dalszych rzeczy wynalezienia Medyk dowcipny może mieć"...

Używanie błota w rozlicznych cierpieniach, które wymienia, radzi Syxt wspomagać maściami:

„...takowe są, Dialthea, emolliens Venatorum emplastrum de meliloto, naypożytecznieysze do tey sprawy może bydź ono, co go Montagna opisał: Rp. Olei sesamini: amygdalarum dulcium an unciam sem: medullae crurum bovis, adipis castrati, pinguendinis

gallinae. An unciam unam, cum acero in quo fuerit dissolutum ammoniacum fiat linimentum. M a m y t e ż y m y w e L w o w i e *unguentum anserinum* naszych Medyków kompozycyi, ktore barzo iest pomocne na takowe przypadki".

Przy k o ń c u d z i e ł a autor zatrzymuje się jeszcze nad dwoma cierpieniami, pytając czyby też i na nie rady we Szkle znaleść nie można.

„...Dwie wielkie a nieznane choroby, które nieulutowane okrucieństwo nad Narodem ludzkim tych wiekow wykonywują. Jedna jest p r z y m i o t, abo po prostu mówiąc, p a n i f r a n c a, a druga on nieszczęsny g o ś c i e c, abo k o ł t u n: o ktorym mniemanią wiele głupich, y baśniom barzo podobnych między ludźmi".

„...ieśliż woda szklana może f r a n c o w a t y m pomodz, czyli nie?"

Wyłożywszy swój pogląd na istotę i objawy „francy", powiada Syxt: nie zdaje mi się, aby ta woda we Szkle, miała co pomagać tey francy.

„...To iednak o tey naszey wodzie pewnie trzymamy: że gdy kto ma rzeżączkę (gonorrhaeam nazywamy) kiedy owa ropa zielona pendentem ciecze, y rzeże bardzo, y porani więc meat we wnątrz pendent; tedy ta woda dziwnie te zranienia leczy, y goi biorąc przed nią lekarstwa: czego ia nieraz doświadczył. Rozumiałbym też że y guzom owym twardym, ktore franca upominki po sobie zostawia swym dworzanom, błoto z tey wody mogłoby nie pomału pomoc".

Widzimy więc, że tylko niektóre objawy, uważane przez Syxta za powikłania „francy", jak n. p. rzeżączkę, radzi on leczyć wodami siarczanemi, nie przypisując im własności leczenia samej „francy".

„G o ś ć c o w i a b o k o ł t u n o w i, ieślisz woda sklana iest co pomocna, abo nie?".

„Nowa a trudna, tak do uznania iey istoty, iako też y do leczenia ziawiła się choroba o d l a t t r z y d z i e s t a y k i l k u w k r a i a c h R u s k i c h a n a y p i e r w e y n a P o k u c i u przy bieszczadach, a teraz codzień daley rozchodzi się y rozkrzewia. A słusznie bo ani Medycy nie chcą się zakręcić około niey, ani też chorzy żadnych lekarstw zażywać niechcą, uprzadszy u siebie w głowie y w rozumie, drugi prawie kołtun iako y na wierzchu głowy, że żadnych lekarstw ta choroba niepotrzebuie y Doktorow się nie boi, ale raczey baby mogą leczyć tę choroby a nie Medycy. Przetoż kiedy o gośćcu ludzie powiadają że żadnym sposobem nie może bydź uleczony, mieliby zaniechać y bab, ktore ani nauki żadney o przyrodzeniu ludzkim, ani władzy y mocy zioł y innych rzeczy stworzonych nie znaią tylko szeptania iakieś, ktore od diobła samego pochodzą, baby one nie wspomonaią diobła, ale wszystko nabożne słowa szepcą. Ale one baby, (pytay się iedno) naczym swoy żywot za młodu strawiły?

Y w starości swey iż już same niemogą niecnot płodzić, tedy abo zwodzą, abo czarami też robią. Zda się podobno konm żem od rzeczy odstąpił, ale nie żal tych naszych kraiów do tego przywodzi. Rzadki bowiem iest dom, y rzadka białogłowa, która tym babom niecnoty swoie słowy pięknemi y świątobliwemi pokrywaiacym nie wierzy, a osobliwie w tey chorobie co ią gośćconem abo kołtonem nazywaią naywięcey sie zabobonow y czar płata. Zkąd y ono także głupie mniemanie między ludźmi się ziawiło: że rozumieią o tey chorobie, jako o nieiakiey bestyi, ktorey kiedy się czego zabaży, tedy iey potrzeba dodać, aby iakie szkody nie uczyniła. Y trafia się to często u tych ludzi, którzy maią kołtun, że się im zachciewa wina, y piią go: ieżli żadnego ponim bolu nie czuią, mówią tak: polubił gościec wino y już zatym będą pić wino w dzień dzień, częstokroć sobie podpiią, dla tego, iż gościec polubił, y rad pić wino. Y tak piia na każdy dzień, y upiiąc się, naprzykrzywszy się przyrodzeniu. (iakoż każda rzecz zbytnia, musi obrzydnać) wzbudzą się bole wielkie, wnetże zaniechaią, mówiąc: już niepolubił gościec wina, trzeba mu szukać inszego napoiu: y udaią się abo do miodu, abo do gorzałki, a na ostatek y do barszczu; y łupią barszcz mowiąc że się uśmierzaią bole wszystkie teraz, kiedy barszcz piią".

„...takowych tedy iekkomyślnych y głupich rozumienia iest o tey chorobie Pokuckiey gośćcu: o ktorych inszego czasu może się szerzey co pisać, ieźli Pan Bog zdrowia przedłuży".

„...Choroba ta, acz zda się tylko bydź we włosach, ale kto wiadom z czego się włosy rodzą, łatwiey tego może dovść co za przyczyna, y co za materya iest tego skręcenia włosow, y ktore officiens, to iest czyniąca y sprawuiąca tę chorobę. Materya nie może bydź insza, iedno z tłustych y grubych, a oliwie podobnych wilgotności: która gdy się podnosi ku gorze, y do głowy przychodzi do tych mieysc y z dziurek ktoremi włosy wyrastają: że iest gruba y tłusta, opiera się w onych meatach: y zastanawiaiąc się przy włosiech: jeden do drugiego skupia, y iakoby zlepia y skliia; y tak ieden do drugiego zlepiwszy, skręca one w kupę.

Do tego ieszcze przymieszywa się niemal zawsze ona choroba, ktorą Łacinnicy zowią pedicularem morbum, Grecy

Φθυρίασιν

a my wszawą chorobą, bo y u tych ktorzy maią na głowie kołtuny niemal u każdego wszy wiele bywa: y ieżliż się nie wywiie, ale bole nieznośne czyni: tedy w guzach (że tak nazowie) gośćcowych, nayduią się wszy. Był to ieden chłop który miał wielkie bole tak w pacierzach, iako też y kurczenie nog, y rąk częstokroć cierpiał: uczynił się mu guz niemały nad krzyżem w którym y bol, y wielki świerzb miał: nie mogąc znieść już onego świerzbu, drugiego chłopa aby mu on guz przerznął (albowiem był bardzo miękki) prosił, y prawie go do tego przymusił: kiedy mu go przerznął, ciekło wprawdzie coś podobnego ropie, ale garść włosow y wszy pospołu z niemi wyciągnął. Jako skoro wszystko wybrano z oney rany, y wyciekło do szczętu natychmiast zdrow był, y żadnego kurcza nie czul ani bolu".

Przyszedłszy do przekonania, że kołtun występuje u ludzi, którzy mają w sobie wiele gorąca, nie radzi Syxt, udawać się z tem cierpieniem do Szkła.

„...iedno trzeba dobrze rozeznać ieśliż prawdziwie gościec czyli inna choroba. Albowiem tak się ludzie teraz tem mniemaniem upili, żeby iedno kto na cokolwiek zachorzał, natychmiast gośćcem abo kołtunem one bole krzczą. Y już teraz u nas w Rusi między ludźmi prostemi, nayduie się nie mało y przy mędrszych: niemasz już ani france ani paraliżów, ani kurczu ani łamanie w kościach, ani dychawice ani drzenia serca, iedno gościec. Ale prawda to iest, że iest wiele gośćcowatych w Rusi, iednakże nie przeto już inne choroby poginęły: gdy za zbytkami naszemi, y za grzechami nie ubywa chorób, ale prawie co wiek, y codzień ieszcze przybywa".

Tych kilka wyciągów wystarcza do scharakteryzowania starej rozprawy i jej autora. Wyniki długoletniego doświadczenia i niezaprzeczony zmysł krytyczny, na jaki tylko mógł naszemu wielkiemu lekarzowi pozwolić ówczesny horyzont patologji galenowskiej, — zalety te rozbudzają i dziś jeszcze ciekawość uważnego czytelnika pod wielu względami. Kto pragnąłby się szczegółowo zapoznać z oryginałem, jest on dostępny w Bibliotece Zakładu Ossolińskich, a to zarówno wydanie pierwsze, jak i drugie.

Jasnem jest, jak wielkie znaczenie dla rozwoju Szkła musiało mieć tego rodzaju dzieło w swoim czasie.

Sława Szkła odzwierciedla się w licznych wzmiankach wielu późniejszych autorów, naszych i obcych. Bo i obcy zwrócili na ten nasz zdrój już w dawnych wiekach swą uwagę. Nazwa Szkła przedostaje się więc do piśmiennictwa angielskiego, francuskiego, niemieckiego. Tak n. p. Ulryk V e r d u n, w swym dzienniku podróży po Polsce z lat 1670—1672., podaje ciekawe uwagi o kataklizmach i trzęsieniach ziemi, jakie rzekomo przez źródła siarczane spowodowane być miały w tamtejszej okolicy, (Zob. L i s k e Cudzoziemcy w Polsce. Lwów 1876.).

Między innymi Bernard C o n n o r, lekarz dworu Jana III. w dziele p. t.: „The history of Poland" poświęca ustęp wodom szkielskim. Wie o nich Francuz C o n r a d, medyk Królowej i lekarz Paryski d u P u i s. Zdrojami w Szkle interesował się bowiem sam S o b i e s k i. W liście, pisanym przez niego do Marysieńki do Paryża, jeszcze w czasach hetmańskich, czytamy: „D r u g ą p o c z t ą p r z e s z l ę o p i s a n i e p o ł a c i n i e w o d y J a w o r o w s k i e j a M r. d u P u i s, k t ó r a m a b y ć t a k a, a l b o b a r d z o p o d o b n a t e j d e B o u r b o n. J e s t t o w o d a, w k t ó r e j j e s t s i a r k a i s a l e t r a; a l e s a m a p r z e z s i ę j e s t z i m n a. P a c h n i e, j a k b y j a j c a m i p i e c z o n e m i. L e c z y ł s i ę w t e j w o d z i e n i e b o ż c z y k W ł a d y s ł a w k r ó l i p o m o g ł a m u b y ł a b a r d z o. O p i s a ł j ą j e d e n d o k t o r p r z e d n i, t y l k o ż e p o p o l s k u. K a z a ł e m t o p r z e t ł u m a c z y ć p o ł a c i n i e." (Zob.: L i s t y J a n a S o b i e s k i e g o. B a n d t k i e - H e l c e l. Bibl. Ord. Myszkowskiej. 1860).

Były to czasy świetności dla zdroju. Król bowiem, jak wiadomo, przebywał często w ulubionym swym Jaworowie. Jaworów zaś, a więc i Szkło, leżały przy głównym trakcie, łączącym Lwów z Warszawą: Lwów-Janów-Jaworów - Jarosław - Leżajsk - Sandomierz-Radom-Warszawa.

W XVIII. w. piszą o Szkle B o n f i g l i, H o f f m a n n, du F a y, G u e t t a r d i w. i.

Po przejściu Malopolski pod panowanie austrjackie, Szkło, jako część królewszczyzny, stało się własnością rządu, który je sprzedał, zachowując sobie jedno źródło dla wojskowości, o czem na wstępie wspomniałem. W „Geografji albo dokładnem opisaniu Królestwa Galicyi i Lodomerji" (1876) pisze o Szkle K u r o p a t n i c k i: „Wieś ta papiernią i wodami mineralnemi sławna, przy których najporządniejsze w całej Galicyi są łaźnie".

Z początkiem ery austryjackiej na uwagę zasługują prace H a c q u e t a, który, wiele osobliwości kraju naszego opisując, zajmuje się także Szkłem i bada chemicznie tamtejsze źródła. (Neueste physikalisch-politische Reisen durch die Dacischen u. Sarmatischen Karpathen, Norymberga, tom IV., 1796). Inny rozbiór zawdzięczamy K r a n z o w i (Gesundbrunnen der oesterreichischen Monarchie. Wiedeń 1777). Z naszych autorów przeprowadzał chemiczne badanie T o r o s i e w i c z. („O źródle siarczystym w Szkle itd.", Pam. Farmaceut. Krakowski Rok II., 1834). Bliższe szczegóły z piśmiennictwa odkładam do obszerniejszej pracy. Zaznaczę tu tylko jeszcze, że Marjan Ogończyk Z a k r z e w s k i zostawił nam rodzaj historycznej monografji Szkła, pisząc: „O wodach kruszcowych w Galicyi" (Czasopism naukowy księgozbioru publicznego im. Ossolińskich 1823 i 1829).

Wprowadzenie sieci kolejowej w kraju naszym, było, rzec można wyrokiem upadku dla Szkła, pozostawionego na uboczu.

Kolej Lwów-Jaworów otwarto jak wiadomo dopiero w r. 1903, ale było już zapóźno.

Ruchliwy zarząd Krajowego Związku Zdrojowisk i Uzdrowisk próbuje wskrzesić zdroje Szklane i urządza w jesieni 1911 r.

zbiorową ekspertyzę, której wyniki opublikowano w „Naszych Zdrojach". Zachętę stanowiła okoliczność, że zdrojowisko przeszło na własność pp. Rohatyna i Susslaka, obiecujących nieszczędzić wkładów celem podniesienia go. W planie leżało na pierwszem miejscu umiejętne ujęcie źródła zakładowego. Zwrócono przytem uwagę na dawne zapiski austryjackiej komendy w Przemyślu, jako właścicielki źródła wojskowego, wedle których przed 70—80 laty źródła szklane miały być źródłami cieplnemi o ciepłocie około 20° C. a dopiero wskutek zaniedbania i dopływów z otoczenia miały ostygnąć do 12° C., którą to ciepłotę n. b. wykazywać mają i wporze zimowej. Także tradycja miejscowego ludu wspominać miała o tem, że źródła miały być niegdyś ciepłe. A wreszcie położony wśród pól ów stawek siarczany, zwany *„Sinq Wodą"* powstać miał przed mniejwięcej 100 laty nagle, wśród erupcji „wulkanicznej". (Nasze Zdroje 1911 nr. 23).

Te szczegóły spowodowały wniosek ś. p. dra Bandrowskiego, doradzający próbne, głębsze wiercenia. Wszelkie roboty przeprowadzone być miały pod kierownictwem Krai. Związku Zdrojowisk i Uzdrowisk, nie przyszły jednak do skutku.

Co się tyczy ciepłoty źródeł jako cieplic rodzimych, to tu nasuwają się jednak poważne wątpliwości, tak ze względu na wyraźne dane z pracy Syxta, jak i na ową uwagę w liście króla Jana, jakkolwiek nie można wykluczyć, czy głębsze wiercenia nie wykażą własności, nieznanych Syxtowi. Może przyszłość pytanie to rozstrzygnie.

Na zakończenie bowiem wypada mi wyrazić wiarę w tę przyszłość. Dziś, kiedy się budzi u nas racjonalna gospodarka zdrojowa, czas wielki przypomnieć sobie perłę wód siarczanych. Czas wielki, aby nie wstydzić się opinji, której wyraz daje Syxt w następujących słowach:

„Ale nasza Polska ma ten zły przymiot do siebie, że swych rzeczy, które u nas się naydują, chociaż lepsze pod czas a niżeli w inszych krajach są, nieważymy sobie: y tak też ta woda w wielkim zaniedbaniu iest, gdyż ani samego źródła przystoynie nie ocebrowano, ani też żadnego zakrycia nad sobą nie ma".

OCENY.

Dr. Karl Grosz. **Klinische und Liquordiagnostik der Rückenmarkstumoren.** Abh. aus. d. Gesamtgebiet der Medizin. Str. 125. I. Springer. Wien 1925.

Większa część tej interesujacej publikacji poświęcona jest szczegółowemu omówieniu 23-ch przypadków nowotworów zewnatrz i wewnatrz-rdzeniowych. Szczegółowo traktowany materjał kliniczny, niejednokrotnie uzupełniony badaniem anatomo-patologicznem, nastręcza autorowi sposobność do zastanowienia się nad znaczeniem rozpoznawczem poszczególnych objawów klinicznych i danych, uzyskanych przez badania laboratoryjne (Roentgen, badania płynu mózgowo-rdzeniowego). Na podstawie tego materiału kazuistycznego opiera się druga część książki-ogólna, podzielona na trzy rozdziały: 1. Klinika i terapja, 2 Nakłucie lędźwiowe, 3. Metoda Sicarda.

W pierwszym z nich na uwagę zasługują wzmianki o tak zwanych objawach oddalonych (Fernsymptome). W związku z tem autor podkreśla wczesne znikanie odruchów brzusznych (co jest niezmiernie ważne ze względu na różniczkowanie ze stwardnieniem rozsianem), oraz stwierdzenie w niektórych przypadkach nowotworów zewnątrzrdzeniowych, rozszczepienia czucia, w części omawiającej przebieg pooperacyjny, autor zwraca uwagę na występująca niejednokrotnie w przypadkach spastycznego porażenia-wiotkość, co dotychczas, narówni z t. zw. postacią Bastianowską, nie znalazło dostatecznego wyjaśnienia. Z rozdziałów II. i III. podkreśliłbym, że może zbyt wielki nacisk kładzie autor na znaczenie objawu Quekenstedta i że, jak mi się zdaje, zupełnie słusznie przypisuje znaczenie tylko dodatnim wynikom próby lipjodolowej Sicarda, która w wielu przypadkach byłaby zbędna.

Liczne porównania własnego materjału ze spostrzeżeniami innych autorów nadają dziełku charakter prawie encyklopedyczny w tej dziedzinie i czynia z niego niezmiernie pożyteczną monografje dla każdego praktyka neurologa.

B. F. (Łódź).

Dr. Włodzimierz Lindeman. **Toksykologja chemicznych środków bojowych.** Warszawa. 1925. Nakład Wojsk. Instytutu Naukowo-Wydawn. Str. 284 + XXV.

W naszej literaturze wojny chemicznej posiadaliśmy dotąd jedynie jedną poważniejszą pracę z zakresu toksykologji wojny gazowej t. j. dzieło płk. S. Marzeckiego p. t.: Ogólne zasady toksykologji oraz patologji i teorji zatruć gazami bojowemi — coprawda jako litografowany wykład (wydanie służbowe 1922). Obecnie dochodzi rzecz pióra Dr. Włodzim. Lindemana, prof. uniwersytetu Warszawskiego — dostępna już szerszemu ogółowi.

Dzieło Lindemana, pierwsza poważna praca tego zakresu o pokroju prawdziwie naukowym — złożone jest z dwu działów. Pierwszy traktuje toksykologję ogólną środków bojowych, drugi natomiast część szczegółową. W części ogólnej opisuje autor zasadnicze odczyny ustroju na zatrucia, źródła trucizn i drogi przenikania ich do ustroju, losy ich dalsze, równoważenie zatruć, zasadnicze cechy zatrucia, pojmowanego jako choroba, dawkowanie i wyznaczanie dawek, działanie trucizn, zależnie od ich składu chemicznego, wreszcie metody badania działania trucizn a w szczególności trucizn bojowych. W części szczegółowej dzieli autor trucizny według miejsca ich działania — na trucizny oddechowe, odruchowe, skórne i o działaniu ogólnem. W tymże rozdziale omawia walkę z zatruciami bojowemi. Do dzieła dołączony jest atlas barwny zmian anatomo-patologicznych, wywołanych działaniem gazów bojowych, skorowidz i wykaz piśmiennictwa.

Dzieło Lindemana wykazuje całkowitą erudycję autora w tym zakresie, dobrą znajomość piśmiennictwa aż do czasów najnowszych, opracowanie zaś dzieła jest szczegółowe, gruntowne i zgodne z ostatniemi postępami na polu wojny chemicznej. Wartość dzieła zwiększy się niewątpliwie po usunięciu pewnych usterek, głównie językowych, trzeba zgóry podkreślić, dla wartości rzeczowej pracy nie istotnych. W tym względzie pomocne być winny autorowi „Polski słownik lekarski Browicza-Ciechanowskiego" z jednej a dział zatruć w podręczniku prof. Wachholza z drugiej strony. Książka bowiem zaciekawić winna nietylko fachowca wojskowego lub chemika, ale i przedewszystkiem lekarza, który w przyszłej wojnie swoja rolę sanitarno-wojskową rozciągnąć będzie musiał z konieczności na ratowanie ofiar wojny gazowej. Dlatego dobrem uzupełnieniem dzieła byłaby nieco szczegółowiej potraktowana klinika i terapja zatruć gazami wojennemi, jakkolwiek nie leży to, przyznać trzeba, w założeniu pracy. Pomimoto — zwiększyłaby się przez to praktyczna wartość dzieła. Należy się w każdym razie wdzięczność autorowi, że podjął się naukowego opracowania dziedziny, u nas jeszcze ciągle odłogiem leżącej.

E. Krajewski. (Katowice).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Zapiski lecznicze.

Dychawica oskrzelowa. Lichwitz. (Klin. Woch.) poleca podawać:

Rp.
Adalini 3,0
(Atropini sulf. 0,006)
Papaverini hydr. 0,4
Diuretini 6,0
Kalii jodat. 3,0
Aq. dest. ad 200,0
MDS. 3 razy dziennie po łyżce.

Po 2 tygodniach podawać bez atropiny; od 3 tygodni zmniejszać stopniowo dawki dzienne, następnie wypuszczać dnie i odstawić. Równocześnie poleca podawać *Calc. lacticum* w proszkach 3 razy dnia.

Dusznica bolesna. Lichwitz. (Klin. Woch.) poleca kombinację:

Rp.
Adalini 0,25
Papaverini hydr. 0,04
Diuretini 0,5
(Fol. digit. pulv. titr. 0,05—0,1)
Mfp. DS. 3 proszki dziennie.

„Cibalgin", będący kombinacją środka uspokajającego i nasennego Dialu (diallyl-kwasu barbiturowego) z działającym kojąco i przeciwgorączkowo piramidonem, jest przetworem zastępującym morfinę. W handlu znajduje się w postaci tabletek á 0,2, kropli lub w ampułkach (jednej tabletce odpowiada 20 kropli lub 1 ccm zawartości ampułki). W lżejszych bólach (pooperacyjne, neuralgje i. t. d.) wystarcza 1 do 4 razy po 20 kropli dziennie. W cięższych bólach najlepszą okazuje się kombinacja 0,2 Cibalgin z 0,005 morfiny, równocześnie wstrzykiwane; działanie trwa 5 — 6 godz. Wstrzykiwać można podskórnie lub domięśniowo; gdy działanie ma być szybkie należy wstrzykiwać powoli śródżylnie. Ogólnych ani też miejscowych objawów ubocznych niema. Przyzwyczajania do preparatu nie stwierdzano. Można polecić Cibalgin jako środek kojący ból i nasenny, który zmniejsza zakres stosowania morfiny.

(M. med. Woch.).

Leczenie promieniami dychawicy oskrzelowej. Leczenie promieniami chorych na astmę przy równoczesnem podawaniu jodu, atropiny i wapna daje w dużej liczbie przypadków trwałą poprawę. Należy zalecać naświetlanie, wyjąwszy przypadki ze znaczną rozedmą lub niedomogą serca. Zdaje się, że chodzi tu o nieswoistą proteinoterapję.

(Fortschr. d. Ther.).

„Arcanol" (Schering) składający się z acid. acetylosalicyl. i estru metylowego atofanu ãã, łącząc w sobie działanie przeciwzapalne atofanu i przeciwgorączkowe kwasu salicylowego działa dobrze przy grypie, zapaleniu gardła i migdałków. Po 1 do 3 dni ustają bóle głowy i członków, gorączka opada. Podaje się 4 razy dziennie po jednej tabletce.

(M. med. Woch.).

Medizinische Klinik.

Nr. 20. 1925.

Rosenberg: **Założenie odmy piersiowej przy ciężkiej cukrzycy.** Przy ciężkiej postaci cukrzycy założenie odmy piersiowej przy równoczesnej gruźlicy płuc jest przeciwwskazane. Autor dochodzi jednakowoż do przekonania, że każdy zabieg chirurgiczny jest dozwolony u chorego na cukrzycę, leczonego insuliną, podobnie jak u osobnika zdrowego. Założenie odmy piersiowej przy gruźlicy płuc wpływa korzystnie nie tylko na gruźlicę, ale także na cukrzycę.

Nr. 21.

Stern: **Leczenie niedokrewności złośliwej tetrofanem.** Autor poleca z dobrym skutkiem tetrofan w ilości 0,1 g. 2 razy dziennie w przypadkach niedokrewności złośliwej, i to przedewszystkiem w przypadkach, skombinowanych ze schorzeniem sznurów rdzenia występujących w postaci wiądu rzekomego. Tetrofan stosowano z dobrym skutkiem przy *tabes dorsalis*. Środek ten znoszą chorzy bardzo dobrze. Autor stwierdził przy stosowaniu tetrofanu przy niedokrewności złośliwej połączonej z *pseudotabes*, znaczne polepszenie po 5-iu dniach. Ogólny stan chorego polepszył się, ilość czerwonych ciałek krwi się zwiększyła. Prawdopodobnie działanie tetrofanu jest podobne do działania strychniny, jednakowoż strychnina nigdy nie wywołuje takiego nagłego polepszenia co tetrofan. Transfuzja krwi daje tylko polepszenie stanu chorego i obrazu krwi, podczas gdy na schorzenie rdzenia nie wpływa zupełnie.

Bischoff: **Leczenie ostrego gośćca stawowego fulmarginą.** Autor poleca do leczenia ostrego gośćca stawowego „Fulmarginę", jako koloidalne połączenie srebra. W odróżnieniu od przetworów salicylowych, nie wywołuje ten środek następstw ubocznych, działa szybko, i wywołuje tylko nieznaczny odczyn ogólny. Wstrzykuje się 5 ccm fulmarginy dożylnie lub domięśniowo 3 razy w trzech dniach bez pauzy, a potem stosuje się leczenie profilaktyczne salipiryną (3 razy dziennie à 0.1 g). Nawroty występują rzadko.

Nr. 22.

Bernheim: **Szczególna postać grypy.** W ostatnich czasach spotyka się często grypę w formie myositis (zapalenia mięśni) ze specjalnem umiejscowieniem poniżej prawego łuku żebrowego. U chorych występowały bardzo silne bole, które wzmagały się przy dotyku. W niektórych przypadkach silne napięcie mięśni brzusznych i uporczywy ból mógł naprowadzić na mylne rozpoznanie drążącego wrzodu żołądka. Jednakowoż prawidłowa leukocytoza uchroniła przed mylnem rozpoznaniem. U innego chorego nie wykluczano z powodu podwyższonej ciepłoty ciała do 40° c., bólu w okolicy łuku żebrowego, możliwość zapalenia płuc. Objawy te ustąpiły po podaniu kodeiny, melubryny i omnadyny.

Są to więc rodzaje grypy, przebiegające często bez ciepłoty podwyższonej, a charakteryzujące się bólami mięśni górnej części brzucha ze skurczami tychże. Schorzenia te oddziaływują dobrze na przetwory salicylowe i działanie ciepła.

Fritz: **Leczenie wysiękowej formy zapalenia gruźliczego otrzewnej przez założenie odmy brzusznej.** Leczenie zapalenia otrzewnej z wysiękiem surowiczym na tle gruźlicy leczy się z dobrym wynikiem przez założenie odmy brzusznej.

Przeciwwskazanie stanowi powikłanie gruźliczego zapalenia otrzewnej z gruźlicą jelit lub większemi zrostami. Niektórzy autorowie używają jako gazu przy założeniu odmy brzusznej azotu jako gazu powoli ulegającego wchłonięciu, z drugiej zaś strony przez przekłucie żyły może się azot dostać do naczynia. Tlen działa krócej, ale bezpieczniej ze względu na możliwość zatoru. Jeżeli manometr wskazuje ciśnienie ujemne, jest to dowód, że igła znajduje się w jamie brzusznej. Przed wykonaniem zabiegu, radzi autor wstrzyknąć choremu małą dawkę morfiny. Co do ilości wpuszczonego gazu, możemy zużyć połowę ilości upuszczonego płynu; należy zaniechać stosowania większego ciśnienia.

Klein: **Indykanemja w stosunku do niedomogi nerek i rozpadu białka.** Stwierdzono we krwi prawidłowej indykan w małej ilości, przy niedomodze nerek 0.18 mg %, przy mocznicy 3—10 mg. na 100 ccm surowicy.

Citron-Hirschfeld: **Występowanie skazy krwotocznej i niedokrewności aplastycznej przy leczeniu kiły.** Zauważono po stosowaniu salwarsanu i przetworów rtęciowych przy kile, wybroczynki na skórze i błonach śluzowych, u kobiet krwawienia z części rodnych, krew w stolcu, — u niektórych zejście śmiertelne z powodu nadmiernej utraty krwi. Salwarsan znacznie zmniejsza ilość płytek we krwi i dlatego bardzo ujemnie działa na krzepliwość krwi. Tą drogą można tłumaczyć występowanie krwotoków bądźto lokalnych, bądźto występowanie skazy krwotocznej lub niedokrewności aplastycznej. Autor radzi zaprzestanie leczenia salwarsanem i rtęcią przy wystąpieniu skazy krwotocznej.

Nr. 24.

Boenheim: **Znaczenie patogenetyczne gruczołów dokrewnych dla wrzodu żołądka.** Wedle zdania autora stoi wrzód żołądka w blizkim stosunku z gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu. I tak, często spotyka się wrzód żołądka przy hiperfunkcji gruczołu tarczykowego, gdyż wedle Eppingera ma gruczoł tarczykowy pewien związek z przemianą materji w odniesieniu do chloru. Następnie w czasie pokwitania często występuje wrzód żołądka, ponieważ gruczoł tarczykowy obejmuje swoją pełną czynność, taksamo ponawia się wrzód żołądka w czasie przekwitania, podczas którego również gruczoł tarczykowy powiększa swoją czynność. Stwierdzono u zwierząt przy dysfunkcji nadnerczy nadkwasotę i wrzód żołądka, gdyż przez wypadnięcie substancji rdzennej nadnercza, hormonizującego nerw współczulny, przychodzi do przewagi nerwu błędnego. U kobiet często występuje wrzód żołądka w czasie pokwitania i podczas *climacterium* wzmagają się zaburzenia żołądkowe, co stoi w związku z funkcją gruczołów rozrodczych i gruczołu tarczykowego. Miesiączka również wywołuje zaostrzenia. Przy „nadnerczowym" wrzodzie żołądka stosuje autor leczniczo przetwory nadnercza, przy hipertyreogenetycznym wrzodzie preparaty grasicy, co powstrzymuje mobilizację chloru.

Nr. 29.

Esau: **Przedwczesne przerzuty przy ukrytym raku.** Autor podaje kilka przypadków ukrytego raka, w których wystąpiły zmiany na skórze, lub w kości, a które badaniem drobnowidowem wykazywały utkanie rakowe. Autor radzi w każdym przypadku zmian na skórze występujących, zbadać wycięty kawałek pod drobnowidem, a w razie dodatniego wyniku nowotworów zupełnie wyciąć. W jednym przypadku stwierdził autor po wycięciu guza górnej szczęki wyraźne polepszenie. Chodziło bowiem w tym przypadku o raka nadnercza, gdyż utkanie rakowe przerzutów miało charakter raka nadnercza.

Reichmann: **Leczenie czkawki.** Autor podaje, jako skuteczny środek na czkawkę kwas karbolowy, który wstrzykuje w ilości 2 ccm 3% rozczynu. W przypadkach cięższych potrzeba wstrzyknąć dwukrotnie. Autor zalicza czkawkę do zakażenia, dlatego należy ją leczyć chemoterapeutycznie.

Falk: **Działanie eukodalu przy kokluszu.** Autor podaje z dobrym skutkiem eukodal przy kokluszu, a mianowicie 2½ letniemu dziecku 1.5 ccm 1% rozczynu eukodalu w formie zastrzyku. Ta dawka jest dawką maksymalną i równa się 0.015 eukodalu, co autor uważa za dużą dawkę, dlatego radzi podawać 0.005 eukodalu jako dawkę maksymalną. Po wstrzyknięciu dzieci powinne leżeć przez ½—1 godziny.

Nr. 30.

Lukacs: **Leczenie wysiękowego zapalenia opłucnej u dzieci.** Autor poleca przy wysiękowem zapaleniu opłucnej u dzieci, leczenie resorcyną, która wywiera działanie leczenia drażniącego. Z dobrym skutkiem działa resorcyna przy gośćcu stawowym, posocznico-ropnicy, septycznej formie influenzy w 1—5% rozczynie. Przy wysiękowem zapaleniu opłucnej wstrzykuje się dzieciom poniżej lat pięciu 3%, starszym 5% rozczyn resorcyny, dożylnie w 2—3 dniowych odstępach czasu. Wykonuje się 2—3 zastrzyki. Dawka maksymalna wynosi 0.02 g. czystej resorcyny dla jednorocznego dziecka. Skuteczne działanie resorcyny polega na nieswoistem działaniu drażniącem. Przeciwwskazanie leczenia resorcyną stanowi czynna gruźlica gruczołów i płuc.

Pick: **Cibalgina.** Autor poleca jako nowy środek uspokajający „Cibalginę". Jestto połączenie dimetylaminofenyldimetylpyrazolonu i kwasu dwuallylobarbiturowego, w stosunku 3:1. Stosuje się go w formie zastrzyknięć oraz doustnie w tabletkach lub w płynie. Nie wywołuje zaburzeń przewodu pokarmowego. Stosuje się ten środek przy bolach, bezsenności, neuralgji, gośćcu stawowym i mięśniowym, zapaleniu opłucnej i guzach. W połączeniu z kodeiną przy gruźlicy płuc zmniejsza znacznie ból i kaszel. Stosuje się w formie zastrzyków: 3 ampułki dziennie, doustnie: 1—2 tabletki dziennie, lub 20—30 kropli 2—3 razy dziennie.

Nr. 32.

Bönnig: Autor stosował z dobrym skutkiem „Reargon" przy długotrwały i uporczywym świądzie odbytu i *proctitis* (zapaleniu kiszki stolcowej), w przypadkach, w których inne środki zupełnie nie działały.

Klein: **Pseudoneurasthenia intermittens.** W kilku przypadkach histerji i neurastenji stwierdził autor w obrazie krwi plasmodium malariae. a po zastosowaniu chininy objawy neurastenji zupełnie ustąpiły. Autor zwraca uwagę na pseudoneurastenję, jaka występuje często po przebytej zimnicy, i dlatego bardzo ważne jest badanie krwi w kierunku plasmodjów.

Delius: **Leczenie stwardnienia rozsianego antimosanem.** Autor stosował leczenie antymosanem stwardnienia rozsianego, i podobnie jak przy leczeniu chorób podzwrotnikowych osiągnął zadowalające wyniki. Stosuje się 0.1—0.4 g. 1%—4% rozczynu antymonu w formie zastrzyknięć domięśniowych, 2—3 razy w tygodniu, w ogólności 12—16 zastrzyknięć. Stwierdzono bowiem, że w chorobach podzwrotnikowych działają większe dawki, wobec tego można zastosować nawet 10% rozczynu antymosanu bez szkodliwych następstw.

Kylin: **Wpływ jonów wapniowych i potasowych na działanie insuliny.** Autor podaje po wykonywaniu szeregu badań, że po wstrzyknięciu związków potasowych i insuliny do organizmu, zmniejsza się znacznie ilość cukru we krwi. Po wstrzyknięciu związków potasowych zmniejsza się ilość cukru we krwi cztery

razy, w odróżnieniu od stanu, jaki występuje po wstrzyknięciu związków wapniowych. Dożylnie podane sole wapniowe wywołują zwiększone parcie krwi, i zwiększają ilość cukru we krwi, sole zaś potasowe (obniżają ciśnienie krwi i ilość cukru we krwi) działają wprost odwrotnie. Wobec tego sole wapniowe wprowadzone do ustroju podrażniają system współczulny i wydzielanie adrenaliny, zaś sole potasowe podrażniają system nerwu błędnego i wydzielanie insuliny.

Nüssenbaum-Gurwitsch: **Epidemja czkawki.** Autorowie podają kilka przypadków czkawki nagminnie występującej, którą uważają za zwiastuny grypy nagminnej lub *encephalitis.*

Na czkawkę polecają z dobrym skutkiem:

Rp.

Cocaini mur.	*0.2*
Syrup menthae	*20.0*
Aquae destillatae	*180.0*

m. DS. Co 2 g. łyżkę

przytem podają przetwory bromowe.

Nr. 37.

Metzger: **Leczenie schorzenia jelit zapomocą przetworu Imbak Nr. 6.** Autor poleca przy biegunce lub podobnych schorzeniach dolnego odcinka przewodu pokarmowego używany z dobrym skutkiem przetwór wielowartościowego Jogurtu w formie proszku „Imbak Nr. 6“. Podaje się ten przetwór w dwóch dawkach po 50 lub 100 gr. Po 5-ciu dniach następuje regularne wypróżnienie. Wedle badania Poppa zawiera ten preparat 24.3°/₀ białka, 44.5°/₀ cukru, więc jest to preparat, mający też wartość odżywczą.

Biedl-Redisch: **Leczenie hipertyreozy zapomocą jodu.** Autorowie podają przy hipertyreozie, chorobie Basedowa i wolu, przetwory jodowe w minimalnych dawkach bez ubocznych następstw, a mianowicie w ilości 0.2 g. jodu na przeciąg dwu miesięcznego leczenia. Te małe dawki jodu nie tylko znacznie zmniejszają gruczoł tarczykowy, ale i inne objawy hipertyreozy, nerwowość, bicie serca, pocenie się, drżenie, jednakowoż nie zauważono zwolnienia tętna.

Bischoff: **Badania odporności hemoglobiny krwi ludzkiej.** Autor stwierdza, że odporność hemoglobiny jest u mężczyzn większa, niż u kobiet. Hemoglobina u ciężarnych przed porodem lub podczas porodu wykazuje większą odporność na ług sodowy o 25°/₀ większą niż u kobiet nieciężarnych. Hemoglobina krwi żyły pępkowej jest 130 razy odporniejsza od krwi rodzących, a 165 razy od krwi osób zdrowych.

S. Arnoldówna (Lwów).

Surgery, Gynekology and Obstetrics.

1925. XLI. 3.

Nadeau i Kampmeier: Endoskopja jamy brzusznej; **abdominoskopja.** Kelling podał przed 25 laty sposób abdominoskopji, który dotychczas był przedmiotem szeregu badań i doświadczeń, ulegając mniejszym lub większym zmianom. Pierwsza jego nazwa brzmiała: *coelioscopia* (od greckiego koilia) następcy zmieniali ją różnie: *ventro-, laparo-, organo-, peritoneo-, abdomino-, celo-, splanchnoscopia.*

W miejscowem znieczuleniu przebija się powłoki trójgrańcem, następnie wyjmuje się ostrze a przez rurkę wprowadza się pewnego rodzaju cystoskop prosty lub zagięty, i ogląda się wnętrze jamy brzusznej (żołądek, drogi żółciowe, okolice miednicy, i t. d.); przedtem wykonuje się zwykle odmę brzuszną.

Z przytoczonych przypadków (zrosty w jamie brzusznej rak żołądka z przerzutami, gruźlica otrzewnej) w których autorowie wykonali abdominoskopję, dochodzą do przekonania, że jest to sposób bardzo pomocny do ustalenia niepewnego rozpoznania często zastępujący próbną laparatomję, Przytem nie jest on trudny do wykonania i niebezpieczny, jak wielu sądzi, ma się rozumieć przy odpowiedniem doświadczeniu.

Baumann. **Cukrzyca u chorych chirurgicznych.** Uśpienie eterowe u chorego z cukrzycą obniża zawartość dwuwęglanów krwi, a wzmaga ilość cukru, wobec czego powinno być stosowane jak najmniej; stosunkowo mniej szkodliwy jest podtlenek azotu „nitrous acide“. Powikłania w cukrzycy mogą być podzielone na dwie grupy: do jednej zalicza się właściwe dla cukrzycy powikłanie, jak karbunkuł, zgorzel, a do drugiej często przypadkowe, jak ostrą niedrożność, zapalenie wyrostka robaczkowego i t. d.

a) — Karbunkuł — 39-ciu chorych na cukrzycę operowano z powodu sprawy infekc., z tego 13-tu z powodu karbunkułu; zmarło 10-ciu wskutek bakterjemji, w tem 4-ch w następstwie karbunkułów.

Pogarszający się stan chorego, który zwykle pochodzi z postępującego zakażenia, może się objawiać przez wzmożenie się zawartości cukru we krwi, bez lub z kwasicą. Ostatnia może być zwalczana w większości przypadków przez podanie podskórne 500 cm. 5°/₀ glukozy zawierającej 25 jednostek insuliny, co 4—6 godzin; można glukozę również podać przez usta, odbytnicę i dożylnie. — Jeśli przytem zasadowość krwi jest niska, należy podać dożylnie lub przez odbytnicę 2—3°/₀ dwuwęglanu sodu, kwasica zwykle znika w przeciągu 24—48 godzin, tak, że dalsze leczenie jest jak w cukrzycy nie powikłanej; przez dokładne stosowanie tego leczenia odsetek śmiertelności w przypadkach autora nie jest wysoki.

Podobne leczenie stosował autor w zgorzeli.

b) W przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, niedrożności i t. d., kiedy nie ma czasu na zmniejszenie kwasicy i cukru, należy podać glukozę i insulinę podskórnie przed, podczas i po zabiegu, w krótkich odstępach czasu; zabieg zwykle kończy się szczęśliwie. — Prace uzupełniają dokładne tablice porównawcze.

Silverman i Neuville. **Wyniki po zgłębnikowaniu dwunastniczo-żółciowem.** Autorowie na mocy swych doświadczeń stwierdzają, że cień woreczka żółciowego, otrzymany przez dożylne wstrzyknięcie 5.5 gr soli sodowej tetrabromfenolftaleiny znacznie się zmienia i zmniejsza przez stosowanie zgłębnikowania dwunastnicy z powtarzanem wstrzykiwaniem roztworu siarczanu magnezu; woreczek może być znacznie opróżniony przez to powtarzane drażnienie błony śluzowej dwunastnicy.

Hyman. **Nowotwory nerek.** Dokładne omówienie objawów, rokowania, rozpoznawania różniczkowego i leczenia, jakoteż przedstawienie dat statystycznych. Autor zwraca uwagę na wielką złośliwość nowotworów nerek, na trudność postawienia rozpoznania i na znaczenie pielografji. Śmiertelność wynosi 65—75°/₀ i tylko cystokopja i pielografja odpowiednio i wcześnie wykonane mogą ten odsetek obniżyć, a należy robić je nietylko w przypadku krwiomoczu, ale w każdym przypadku bólu w lędźwiach, dla którego nie możemy znaleźć określonej przyczyny.

Mayer i Brams. **Nierakowe guzy żołądka.** Opis pięciu przypadków: 1 włókniako-mięśniaka, 2 polipów, 1 gruczolaka, 1 przerosłego zwężenia odźwiernika; są to rzadsze guzy i należy je usuwać doszczętnie, ponieważ mogą uledz bujaniu złośliwemu i zwyrodnieniu, jakoteż dać mogą niebezpieczne krwawienie (zwłaszcza mięśniaki i polip).

Smith i Taryerson. **Wrodzona przetoka ślinowa szyi.** U młodej kobiety stwierdzono na szyi, pod brodą przetokę, wydzielającą co 2—3 minuty kilka kropli płynu jasnego, podobnego do śliny; ilość jego zwiększała się przy jedzeniu. — Przy zabiegu stwierdzono, że jest to przewód, wyścielony nabłonkiem, zaczynający się w tkance o budowie gruczołowej, średnicy 2 cm; badanie drobnowidowe wykazało: przewód długości 2 cm, wysłany nabłonkiem płaskim, otoczony tkanką łączną i włóknami mięsnemi; górny jego koniec przechodzi w tkankę zbliżoną z utkania gruczołowego o nabłonku sześciennym, zupełnie przypominającą śliniankę; rozpoznanie: nieprawidłowość wrodzona, możliwie pochodzenia teratoidalnego; podobnego przypadku w piśmiennictwie nie znaleziono.

Janik (Lwów).

Gynécologie et obstétrique.

Nr. 2. 1924.

Hartmann et Bonnet. **Zaburzenia ze strony pęcherza moczowego przy włókniakach macicy.** Przeważna część autorów jest tego zdania, że tylko włókniaki wychodzące z przedniej ściany macicy i znajdujące się w bezpośredniem sąsiedztwie z pęcherzem moczowym mogą wywołać zaburzenia z jego strony. Zaburzenia te występują jako pollakiuria — częste oddawanie moczu, jak *cystitis, haematuria* i ostatecznie jako zatrzymanie moczu (retencja).

Zatrzymanie moczu może wystąpić odrazu, albo też poprzednio częste, bolesne i utrudnione oddawanie moczu, a później dopiero następuje zatrzymanie moczu.

Przyczynę tych zaburzeń przypisywano:

1. Uciskowi nerwów motorycznych pęcherza moczowego.
2. Przekrwieniu pęcherza, tembardziej, że zaburzenia te zaostrzają się w czasie regularności i krwawienia.
3. Uciskowi moczowodów.

Na 1000 (tysiąc) przypadków włókniaków macicznych, spostrzeganych przez siebie, autorzy stwierdzili w 3·5°/₀ czyli u 35 chorych zatrzymanie się moczu. W artykule swoim autorzy przytaczają te przypadki z dokładnem opisaniem formy i usadowienia włókniaków i przychodzą do wniosku, że zaburzenia ze strony pęcherza moczowego wywołują włókniaki wychodzące nie z przedniej ściany macicy, jakto opisują w podręcznikach klasycznych ginekologji, ale z tylnej ściany szyjki lub trzonu macicy, znajdującej się w tyłozgięciu.

Co do przyczyny zaburzenia autorzy nie zgadzają się z dotychczasowem zapatrywaniem jakoby 1) ucisk nerwów motorycznych pęcherza odgrywał tu rolę, ponieważ wtedy przyszłoby do porażenia pęcherza moczowego, autorzy zaś spostrzegali bolesne skurcze pęcherza, które przemawiają przeciwko porażeniu nerwów motorycznych. 2) Co do przekrwienia autorzy przypuszczają, że samo przekrwienie bez zmian anatomicznych nie jest w stanie wywołać zatrzymania moczu. 3) Ucisk moczowodów może być rzeczywiście wywołany przez włókniaki, ale są to bardzo rzadkie przypadki.

Przyczynę zatrzymania moczu autorzy porównują z mechanizmem zaburzenia oddawania moczu, które spostrzegamy w 3-cim miesiącu ciąży, kiedy macica ciężarna znajduje się w tyłozgięciu i pociąga w tył moczowody, wywołując tem samem powyższe zaburzenia. To pociąganie moczowodów, jak przypuszczają autorzy, istnieje także przy włókniakach na tylnej ścianie szyjki. W jednym i drugim przypadku, to znaczy przy ciąży 3-miesięcznej,

jak i przy włókniakach na tylnej ścianie macicy, szyjka macicy jest podniesiona do góry i ku przodowi powyżej spojenia łonowego i to jest zdaniem autorów przyczyną zaburzeń w oddawaniu moczu.

C a r a r e n. **Cięcie cesarskie z powodu przedwczesnego odklejania się łożyska umieszczonego w macicy podwójnej.** Autor opisuje przypadek ciąży w macicy podwójnej. Z początku jajo płodowe usadowione w jednej połowie, w późniejszych zaś okresach płód zajmuje i drugą połowę macicy, tak iż głowa znajduje się w jednej, a pośladki w drugiej połowie.

W siódmym miesiącu ciąży z powodu odklejania się łożyska, zresztą normalnie usadowionego, wykonano cięcie cesarskie: matka i dziecko żyje.

P r e g n a u l t. **Kamyczki w trąbce.** Przy operowaniu znalazł autor w trąbce dwa małe ruchome kamyczki, pokryte warstwą wapnia. Badanie chemiczne nie wyjaśniło pochodzenia tych kamyczków.

Nr. 3. 1924.

T i s i e r et M i c h o n. **Znaczenie objawowe polipów śluzowych macicy.** Autorowie spostrzegali, że w macicy wyciętej z powodu włókniaków względnie nowotworów złośliwych dosyć często dają się stwierdzić obok głównego cierpienia, które było przyczyną operacji, polipy wychodzące z błony śluzowej macicy. Z drugiej strony zauważyli oni, iż nieraz u chorych po wydaleniu polipów objawy chorobowe nie ustępują i dopiero powtórne kliniczne badanie wykazuje istotę cierpienia narządu rodnego. Te dwa spostrzeżenia, pierwsze czysto anatomiczne, a drugie kliniczne przemawiają zatem, iż polipy mogą towarzyszyć rozmaitym chorobom narządu rodnego.

Wiadomo, iż polipy można znaleźć przy *endometritis chronica* i odwrotnie skonstatowanie polipów w szyjce daje możność postawienia diagnozy *endometritis.* Polip jest tu jakby objawem chorobowym *endometritis.*

Autorowie stawiają sobie pytanie, czy polip śluzowy może być także dla raka macicy symptomatyczny. Opisują dwa przypadki: Pierwszy u kobiety, lat 50 skonstatowano polip śluzowy w szyjce, który usunięto. Zmian innych nie wykazano. Po roku zgłasza się chora ponownie, stwierdzono raka szyjki, który operowano.

Drugi przypadek: U chorej stwierdzono polipa, przyczem macica była zwiększona. Chora nie zgodziła się na radykalną operację. Po wykreceniu polipa operowano chorą po kilku miesiącach z powodu raka szyjki. W tych dwóch przypadkach polip był jedynym objawem rozwijającego się raka.

Drugie pytanie autorów: Czy polip może być symptomatycznym dla włókniaka? Przy włókniakach błona śluzowa macicy często jest schorzała i a priori można przypuszczać, że tam mogą się rozwijać polipy. Podają kilka przypadków, gdzie włókniakom towarzyszyły polipy, które klinicznie poznano przed operacją.

Z wyżej wymienionych przypadków autorowie wnioskują, że u kobiet w wieku średnim polip daje prawo myśleć o istnieniu włókniaków; u starszych kobiet jest bardzo podejrzany w kierunku nowotworu złośliwego. Radzą więc przy każdym polipie zastanowić się nad rozpoznaniem, bo jest on objawem, a nie jednostką chorobową.

Achidzamianc (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie Nr. 21: T. B r o w i c z: Czy rozróżnianie gruźlicy skrytej i jawnej jest nieścisłe albo nawet szkodliwe? — T. B r o w i c z: Schemat klasyfikacji gruźlicy przewlekłej. — Eug. K r a j e w s k i: Cholangitis gripposa. — T. W ą s o w s k i: Przyczynek do działania panitryny w cierpieniach przewlekłych ucha środkowego.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 10.: H. H i g i e r: Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby. — S. T r z e b i ń s k i: Z powodu dwu zeszłorocznych książek: G. Ricker'a i R. Koch'a. — M. G a n t z: O roli pierścienia chłonnego gardzieli w patologji. — E. H e r m a n: Wyłysienie plackowate na tle zaburzeń w układzie dokrewnoroślinnym w przypadku padaczki. — P. B e r l i s: O wydalaniu bizmutu z ustroju z moczem. — S. G o l d f l a m: O znaczeniu objawu Gordona. — H. S p o r z o w: Anatoksyny. — L. J u s t m a n: Kilka słów o leczeniu ogólnem łuszczycy. — L. Z a m e n h o f: Zmodyfikowany insuflator. — M. K a c p r z a k: Z zagadnień sanitarnych Anglji.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego Zesz. 1. r. 1925: Ś. p. Prof. Józef Ziemacki. — St. T r z e b i ń s k i: Pro domo nostra — L. Ł u k o w s k i: Przyczynek do dziedziczności krwawiączki. — T. W ą s o w s k i: Formuła leukocytowa w ropnem zapaleniu ucha środkowego i jego powikłaniach i jej znaczenie rozpoznawcze, z uwzględnieniem bakterjologji tych cierpień.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheiten (Monachium J. F. Lehmann) 1925. Zesz. II. (Cena 2 M. n.).

T r e ś ć: W e s s e l y: Praktyczne znaczenie stereoskopii dna oka. — G r o e t h u y s e n: O perymetrji. — Prof. H e i n e: O rozpoznaniu „ocznem" lub coby tak nazwać można. — Prof. H e r z o g: Choroby krtani, nosa i uszu. — S a r a s o n: Wziewania „terpestrolu". — G r e v e: Zęby a przemiana materji.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 6. czerwca 1925 r.

Przewodniczący: Kol. M a j e w s k i. Obecnych 65.

Przewodniczący odczytuje list rektora B r o w i c z a w odpowiedzi na przesłaną mu imieniem Towarzystwa depeszę gratulacyjną.

1\. Kol. S z y m a n o w i c z zdaje sprawę z niezwykłego przypadku **rzucawki porodowej** u 34 letniej wieloródki. Olbrzymia ilość białka i skąpy mocz pozwalały rozpoznać rzucawkę porodową, mimo iż brak było innych objawów typowych, przemawiających za tą toksytozą. Sekcja zwłok potwierdziła rozpoznanie kliniczne.

2\. Kol. C i e c h a n o w s k i podaje **obraz sekcyjny makroskopowy i mikroskopowy gruczołów dokrewnych wyżej przedstawionego przypadku.** Stwierdza, że wątroba przedstawiała typowy obraz, stwierdzany w rzucawce porodowej, nerki makroskopowo niedały się dokładnie ocenić z powodu rozpoczynającego się gnicia, mikroskopowo zaś przedstawiały obraz zwyrodnienia nabłonków. Na podstawie IV. komory mózgu stwierdzono krwiak wielkości orzecha włoskiego, a oprócz tego nieznaczne wybroczyny w korze mózgowej, który to stan usprawiedliwiał zupełnie rozpoznanie kliniczne. Jeżeli do tego dodać zmiany miażdżycowe w łożysku, to przypadek nie przedstawia najmniejszych wątpliwości pod względem rozpoznawczym.

W dyskusji kol. M a r k o w a pyta, czy nie możnaby danego przypadku podciągnąć pod śpiączkę mocznicową i sądzi, że lepsze byłoby w podobnych przypadkach rozwiązanie przez pochwowe cięcie cesarskie. Kol. C i e c h a n o w s k i zaznacza, że pod względem anatomiczno-patologicznym obraz rzucawki był zupełnie klasyczny, niedający się z niczem innem porównać. Obraz nerek przemawiał również za rzucawką i to czystą. Świadczą za tem także obrazy mikroskopowe. Kol. S z y m a n o w i c z: Rozpoznanie kliniczne zgadzało się z obrazem anatomicznym i nieprzedstawiało trudności. Nic nie przemawiało za mocznicą, a wszystkie objawy za rzucawką. Rozwiązanie rzeczywiście lepsze przez cięcie cesarskie pochwowe, ale robiłoby się to wówczas, gdyby racie cesarskie pochwowe, ale robiłoby się to wówczas, gdyby ratunek był wogóle możliwy, i gdyby zabieg możliwy był w uśpieniu dla uniknięcia bardzo ujemnie działającego na chore w tych przypadkach wstrząsu.

3\. Kol. A r t w i ń s k i przedstawia chorych: a) z jamistością rdzenia, b) ziarnicą złośliwą, c) dystrophia adiposogenitalis, d) guzem mostu Varola, e) akromegalją, f) guzem mózgu (śródbłoniak mięsakowaty).

W dyskusji zabierali głos kol. S z y m a n o w i c z, W i e l s k i i A r t w i ń s k i.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 17. czerwca 1925 r.

Przewodniczący Kol. M a j e w s k i. Obecnych 84.

Przewodniczący przypomina o zawiązaniu się sekcji radjologicznej i prosi o jak najliczniejsze zapisywanie się do tejże. Kol. S p i r a zabiera głos w sprawie bibljoteki i czytelni Towarzystwa lekarskiego i prosi o przysyłanie niepotrzebnych książek i poszczególnych roczników, a nawet numerów czasopism. Będzie to bardzo pomocne w skompletowaniu braków. Zawiadamia, że kursor Towarzystwa chodził w tej sprawie z kurendą do członków Towarzystwa. Rezultaty dotychczasowe są jednakże bardzo nikłe.

1\. Kol. S i e d l e c k i przedstawia przypadek **Endocarditis lenta.**

2\. Kol. L a s k o przedstawia przypadek **wola pozamostkowego.**

W dyskusji: Kol. W a c h t e l pyta, czy w danym przypadku są zmiany w inteligencji. Kol. L a s k o odpowiada, że jest obniżenie inteligencji jednakowoż w b. nieznacznym stopniu. Kol. L a t k o w s k i wskazuje, że co do wola istnieją, według B r e i t n e r a, różne typy. Mogą istnieć wole bez wydzielania, może natomiast istnieć wydzielanie, jednakże bez odpływu. Badanie jest bardzo utrudnione. Przypadek przedstawiony przez kol. L a s k ę jest prawdopodobnie postacią przerostową — jednakże o zmniejszonem wydzielaniu.

3\. Kol. L a t k o w s k i wygłasza odczyt p. t. **„O reakcji złotowej w płynach mózgowo-rdzeniowych"** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusji po odczycie nie było.

Na propozycję Prezydjum sekcji prasy lekarskiej wybrano kol. L e n a r t o w i c z a delegatem na posiedzenie tejże sekcji podczas XII. Zjazdu przyrodników i lekarzy w Warszawie.

Posiedzenie naukowe w dniu 7. października 1925 r.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 87.

Przewodniczący wygłasza dłuższe wspomnienie pośmiertne o długoletnim członku Krakowskiego Towarzystwa lek. ś. p. Albinie Kazimierzu Schwarzu, wymieniając liczne jego zasługi na polu społecznem i lekarskiem. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

1. Kol. Surzycki zwraca się z projektem, aby na przyszłość w razie pogrzebu któregoś z członków Krak. Tow. lek. obowiązkowo wygłaszał przemówienie w czasie pogrzebu przedstawiciel Wydziału Towarzystwa.

Przewodniczący zawiadamia, iż w okresie wakacyjnym Zarząd Towarzystwa wysłał życzenia im. Krak. Tow. lek. 1) na zjazd przyrodników i lekarzy w Warszawie, 2) na jubileusz prym. Szp. św. Łazarza kol. Krokiewicza, od którego w odpowiedzi otrzymano serdeczne podziękowanie.

Prezes złożył również gratulacje imieniem Towarzystwa kol. prof. Lenartowiczowi z powodu objęcia przezeń katedry dermatologji we Lwowie.

Na opróżnione po prof. Lenartowiczu miejsce Redaktorze Pol. Gaz. lekarskiej Wydział zaproponował kol. doc. Kostrzewskiego, co obecni przyjęli przez aklamację. Po odczytaniu protokółu z posiedzenia w dniu 17. VI. 1925 r.

1. Kol. Szymanowicz wygłosił wykład objaśniony obficie obrazami świetlnemi p. t. **„Wpływ ciałka żółtego na przemiany błony śluzowej macicy“.** (Rzecz przeznaczona w całości do druku).

Dyskusji po odczycie nie było.

Posiedzenie naukowe w dniu 14. października 1925 r.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 81.

Przyjęto na członków kol.: Helenę Przybylską i Felicję Brottówną.

Po odczytaniu protokółu z dnia 7. X. kol. Pokorny przedstawia przypadek **„Situs viscerum inversus“.**

Kol. Zachert wygłasza odczyt p. t. **„Walka z jaglicą w Polsce“.** Przed wojną ilość chorych na jaglicę na ziemiach polskich na podstawie statystyk Macheka, Kuhna, Buchwalda, Likiernika i innych można obliczać w przybliżeniu na 40,000 osób. Wojna spowodowała znaczne rozprzestrzenienie się jaglicy na całym świecie, a także i w Polsce. Dwa czynniki grały tu rolę: a) wielki ruch ludności wojskowej i cywilnej i b) zobowiązanie życia (koszary, obozy dla jeńców, uciekinierów, reemigrantów i t. p.). Najwięcej w Polsce na jaglicę ucierpiały dzieci i to szczególniej sieroty bezdomne, których w Polsce znajduje się około 80.000 zgromadzonych po różnych zakładach opiekuńczych, schroniskach i sierocińcach. Wśród tych dzieci dotychczasowe badania wykazały, że około 16% t. j. 10.000 dzieci cierpi na jaglicę. To też walka z jaglicą przedewszystkiem musi być prowadzona na terenie zakładów opiekuńczych dla dzieci. Pierwszy zakład leczniczy dla chorych na jaglicę został utworzony w roku 1917 przez Sekcję Sanitarną Książęco-Biskupiego Komitetu (Prof. Godlewski). Następnie zakład ten został pomieszczony w Witkowicach pod Krakowem, ściśle połączony z kliniką okulistyczną i oddany pod kierownictwo U. J.

Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia na konferencji odbytej 16 grudnia 1924 r. w Witkowicach, przyjęła pierwszy zakład U. J. jako podstawę do rozwinięcia akcji przewjaglicznej w Polsce, i na jego wzór utworzyła w różnych dzielnicach Polski 4 nowe zakłady, z ogólną ilością łóżek dla 1,200 chorych dzieci. Przytoczymy tutaj zasady leczenia, stosowane w Witkowicach i jego wyniki dla zobrazowania całej akcji. Za podstawę leczenia jaglicy przyjęto usuwanie ziarn jaglicznych i niszczenie przypuszczalnych drobnoustrojów jaglicznych. Tę część leczenia nazywamy leczeniem przyczynowem, w którem pierwszorzędne znaczenie odgrywają zabiegi operacyjne jak elektro-termokaustyka, ekrazje, skrobanie, skaryfikacje i t. p. Przy wykonywaniu tych zabiegów używa się zawsze specjalnego przyrządu własnego modelu „odwracacza powiek“, który służy do dokładnego wynicowania załamków i odsłonięcia tych partyj spojówki, na których wykonywa się zabieg (demonstracja).

Za podstawę do wykonywania wymienionych zabiegów służy klasyfikacja kliniczna jaglicy. Pierwszy okres — *granulosis circumscripta* i II.-gi okres, *Conj. gran. disseminata*, dobrze się leczą przez przyżeganie rozsianych ziarn termokauterem. Okres III.-ci, *Conj. granul. diff.*, a częściowo także drugi leczy sie ekrazjami i skrobaniem; okres IV. *ophthalmia granul.* zaś skaryfikacjami, wyłuszczaniem tarczki i wycinaniem załamków.

Po leczeniu chirurgicznem jako przyczynowem, przez długi czas należy stosować leczenie następowe, w którem obok leków duże znaczenie mają zabiegi mechaniczno-fizykalne, jak masaż, tuszowanie, frotaż i t. p. Ogólnie czas leczenia jaglicy okresu I-go i II-go trwa ³/₄ roku. Zaś okresu III-go i IV-go półtora roku.

W Zakładzie w przeciągu 9-ciu lat leczyło się 1,508 dzieci, zakład opuściło wyleczonych lub też ze znaczną poprawą 1,188 dzieci.

W dyskusji kol. Majewski zaznacza, że, ponieważ w jaglicy mikroskop i bakterjologja niczego nam nie dają, skazani jesteśmy jedynie na kliniczne rozpoznawanie jaglicy, co niekiedy zawodzi. Dlatego też w ostatnich czasach, w czasie zjazdu okulistów, 5 profesorów okulistyki ustaliło ogólne kryterja dla rozpoznawania i leczenia jaglicy, co jest obecnie poniekąd substratem dla przygotowania lekarzy rządowych (powiatowych i szkolnych) do walki z jaglicą. Ważnym czynnikiem w zwalczaniu jaglicy jest leczenie, lecz również bardzo ważnym zapobieganie. Jest winą rodziców i opiekunów, że za mało dzieci zgłasza się do leczenia, mimo iż istnieją kliniki, poradnie szkolne, kasy chorych i t. d. Powinno się w szkołach propagować sprawę zapobiegania jaglicy.

Kol. Wróblewski zaznacza, że z przemówienia mówcy i kol. Majewskiego widać, że walka z jaglicą właściwie się dopiero rozpoczęła i będzie się nadal prawdopodobnie coraz lepiej rozwijała, czego najlepszą rękojmią jest fakt, że sprawą tą zajął się Uniwersytet Jagielloński. Akcja zwalczania jaglicy powinna iść szybko naprzód. Bardzo ważne są rewizje w szkołach. To jest zapoczątkowane, ale trudne do przeprowadzenia technicznie, szczególniej na prowincji. Ważnym etapem, w którym się rozpoznaje jaglicę, to okres badania poborowych do wojska. Jednakże jeszcze niewyciągnięto z tego odpowiednich rezultatów. Niema ewidencji osób, u których przy poborze stwierdzono jaglicę. Sprawa kończy się tak, że chorych poborowych odsyła się do cywilnych szpitali, które jaglicy przeważnie nie leczą, bo nie mają specjalistów. Szpitale te zwykle chorych przetrzymują kilka dni i odsyłają do domu. Do walki z jaglicą powinny się zespolić 2 czynniki: lekarski i społeczny (generalne dyrekcje służby zdrowia) w praktyce obie te kompetencje są tak splątane, że prace, rozdział jej i zorganizowanie napotyka obecnie na olbrzymie trudności. Władza, która kieruje lecznictwem powinna mieć kompetencje przekazywania chorych specjalnym szpitalom. Tylko wówczas sprawa może być rozwiązana.

W dyskusji kol. Godlewski zaznacza, że sprawa przyłączenia Zakładu Witkowickiego do Uniw. Jag. była zrobiona nietylko w tym celu, aby kierownictwo lecznicze objęły czynniki najbardziej do tego powołane, ale również dlatego, aby Uniwersytety objęły placówki pracy społecznej. Placówki takie prowadzone przez Uniw. Jag. są obecnie 2: szp. jaglicy w Witkowicach i szpital dla dzieci gruźliczych w Zakopanem. Fakt, że oba te Zakłady rozwijają się w szybkim tempie świadczy, że pomysł był dobry. Co do walki z jaglicą, to są liczne braki w przeprowadzeniu całej akcji. Powinno się zastanowić nad tem jak je usunąć. Statystyka jest na to, aby nietylko mieć kataster tego co jest, ale aby wykazać co jest złego i co na to poradzić. Niema dostatecznych wskazówek ze strony władz centralnych jak prowadzić walkę z jaglicą. Chodzi w pierwszym rzędzie o to, aby dzieci zakażone wyeliminować ze zbiorowisk. Obecnie jest to niemożliwe, ponieważ ilość zakażeń jaglicą jest niewspółmierna z ilością miejsc w szpitalach. Zastraszające jest to obecnie na Polesiu. Jeżeli cała akcja przeciwjaglicza ma pójść pomyślnie, władze muszą dać komisjom wskazówki, gdzie umieścić chorych, ewentualnie jak ich leczyć. Musi im też być dodana możność egzekutywy. Zarządzenia muszą być wykonywane. Konieczne jest również wprowadzenie dokładniejszej zborności pracy między Generalną Służbą Zdrowia, a Ministerstwem opieki społecznej, na co zresztą obie te władze same uwagę zwracają. Kol. Batko wspomina, że w powiecie Chrzanowskim zaczęto akcję przeciwtrachometyczną, badając dzieci szkolne. Znaleziono wielki procent chorych na jaglicę. Kol. Pawlas, były długoletni lekarz szpitala w Oświęcimiu i Witkowicach, przedstawia zasługi profesorów Em. Godlewskiego i Kaz. Majewskiego około rozwoju tegoż szpitala, poczem stawia wniosek: Krakowskie Tow. lekarskie na posiedzeniu naukowem w dniu 14. X. po wysłuchaniu odczytu asystenta kliniki okulistycznej kol. Dr. Zacherta p. t. „Walka z jaglicą w Polsce“ oraz po wyczerpującej dyskusji uchwaliło wyrazić kuratorjum Szpitala dla dzieci jaglicowych w Witkowicach, a w szczególności prof. Emilowi Godlewskiemu (jun.) oraz prof. Kazimierzowi Majewskiemu gorące uznanie za ich gorliwą i niezmordowaną prace około rozwoju tegoż szpitala, oraz za organizowania walki z jaglica w Polsce. Wniosek powyższy uchwalono przez aklamację.

Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 16. września 1925 r.

1. Kol. Humant przedstawia przypadek **guza zapalnego jelita grubego** (ślepej i wstępnicy — *appendicitis resp. typhlitis colitis et pericolitis fibroplastica).* Demonstracja chorej i preparatu Chora P. G., lat 38, o wątłej budowie ciała i nieco upośledzonem odżywieniu, 3 lata temu przechodziła jakoby kamicę żółciową z ciepłotą do 38—39°. Przeleżała 2 miesiące. Wkrótce potem nowe dolegliwości: bóle w prawem śródbrzuszu ze wzdęciami i zaparciem stolca. Przy badaniu wyczuwa się pod łukiem żebrowym prawym guz twardy wielkości małej pięści, przesuwalny przy oddechu i dobrze ruchomy, czyniący wrażenie ruchomej nerki, niemającej jednak związku z nerką, dolny biegun który jest również dobrze wyczuwalny. 27. VIII. 1925 operacja. W znieczuleniu miejscowem: laparotomia pararectalis dextra. Guz obejmuje całą kiszkę ślepą, wstępnicę i zgięcie wątrobowe *(colitis et pericolitis).* W mniemaniu, iż mamy do czynienia z złośliwym nowotworem, dokonano resekcji kiszki grubej, poczynając od końca biodrowego aż do połowy poprzecznicy, oraz zespolenie (ileotrans-

versostomiam) na jednem posiedzeniu. Chora zniosła zabieg bardzo dobrze. Badanie drobnowidowe guza wykazało guz zapalny kiszki grubej nieswoistego pochodzenia (nie kiła, nie gruźlica).

2. Kol. Pik przedstawia chorego K. R. lat 24, z **guzem móżdżka;** początek choroby od maja r. b.; stan chorego w dn. 11. VIII. r. b. W zakresie nerwów czaszkowych: II. (opticus), prawy nieznaczne zmiany; III. oczopląs we wszystkich kierunkach; V. prawy, zupełne zajęcie; VII. lewy, lekkie zmiany; VIII. prawy, zupełne zniesienie czynności; IX. odruch zniesiony; XII. lewy, lekkie zmiany. Kończyna górna prawa — pareza; kończyna lewa dolna — pareza i znieczulenie zupełne. Ataksja cerebellarna. Dnia 25. VIII. 1925 pozostały zmiany następujące: III. oczopląs; VII. lewy jak wyżej; VIII. poprawa; IX. prawy zmiany znaczne; XII. lewy jak wyżej. Ze strony kończyn górnej i dolnej zmiany ustąpiły zupełnie. *Ataksja cerebellarna. Adiadochokineza* +; Objaw palcowy Barany'ego dodatni po stronie lewej. Rozpoznanie: *Tumor cerebelli hemisph. sinistr.*, prawdopodobnie torbiel.

3 Kol. Sonenberg wygłosił odczyt p. t.: **„Przyczynek do sprawy wsysania się zastrzykniętego podskórnie zasadowego azotanu bizmutu, badanego sposobem radjograficznym".**

Zdjęcia roentgenograficzne, jako metoda resorbcji bizmutu. Zalety tej metody. Dokonywanie zdjęć na materjale szpitala Ś-go Aleksandra (przez kol. Garewicza) w miejskiej pracowni roentgenologicznej. Data rozpoczęcia będących w mowie zdjęć. Ilość zdjęć dokonanych w ciągu 8 miesięcy. Użycie do badań zasadowego azotanu bizmutu, stosowanego od lat trzech przez mówcę przy leczeniu kiły. Zastrzykiwanie podskórnie 10% emulsji powyższego preparatu. Miejsce w którem dokonywano zastrzyknięć. Częstość zastrzyknięć. Przebieg wsysania, spostrzegany na zdjęciach roentgenologicznych. Zestawienie roentgenogramów otrzymanych z prześwietlań robionych codziennie, co 2 dzień i rzadziej. Obliczenie przeciętnego czasu trwania wsysania bizmutu na podstawie zdjęć dokonanych. Trudności napotykane przy stosowaniu metody roentgenograficznej. Spostrzeganie chorych podczas ich pobytu w szpitalu i poza obrębem szpitala. Wyniki otrzymane. Równy i powolny przebieg procesu wchłaniania się azotanu bizmutu — jako cechy charakterystyczne dla omawianego leku, a prawdopodobnie i dla innych nierozpuszczalnych związków bizmutu. Resorbowanie się azotanu bizmutu z kilkunastu naraz miejsc. Unaocznienie tego przebiegu sposobem graficznym. Długotrwałość resorbcji bizmutu pozwala nam zrozumieć pewne zjawiska kliniczne, jak naprz. spostrzegane nieraz przeistoczenie się odczynu Wassermanna już po jednej kuracji bizmutowej i notowane w literaturze przypadki zastosowania przez pomyłkę dużych dawek bez szkody dla chorego. Praktyczne zastosowanie długotrwałej resorbcji azotanu bizmutu. Plan leczenia ułożony przez mówcę na zasadzie powolnego i równego resorbowania się bizmutu. Graficzne przedstawienie tego leczenia. Wyniki otrzymane przez mówcę przy stosowaniu tego leczenia (autoreferat).

Dyskusja. Kol. Leyberg podkreśla zasługę mówcy, że drogą roentgenograficzną dowiódł powolnej i długotrwałej resorbcji nierozpuszczalnych soli bizmutowych. Praca tłumaczy nam pewne zjawiska, jak naprz. stosunkowo rzadkie spostrzeganie ostrego zatrucia bizmutem oraz wpływ na odczyn Wasser., który się przejawia dopiero w kilka tygodni po skończonem leczeniu. Jeżeli jednak badania te mają służyć za wytyczną w ułożeniu ogólnego planu leczenia bizmutem, to konieczne jest uzupełnić je badaniem w moczu ilości wydzielanego bizmutu, aby dowieść, że bizmut wydziela się przez cały czas nietylko powoli, ale i równomiernie. Pozatem zapytuje, czem należy tłomaczyć szybszą resorbcję po stronie prawej. Kol. Sterling zapytuje, jak należy rozumieć działanie na kiłę bizmutu i jak często następuje przeistoczenie się odczynu Wasser., po jednej kuracji bizmutowej. Kol. Sonenberg odpowiada, że szybszą resorbcję po stronie prawej tłomaczy sobie tem, że prawa kończyna jest więcej czynna; że chory pracował pomagając personelowi szpitalnemu. Koledze Sterlingowi mówca odpowiada, że działanie zastrzykniętego bizmutu należy rozumieć w ten sposób, że w miejscu zastrzyknięcia następuje dyssocjacja soli bizmutowych, poczem uwolniony od grupy kwasowej bizmut w zetknięciu się z białkiem tworzy związki proteinowobizmutowe i te właśnie związki wywierają wpływ uczulający na protoplazmę komórki, powodując pośrednio efekt bakterjobójczy. Co do częstości przeistaczania się odczynu Wasser., to może tylko powiedzieć, że zdarza się to „czasem".

4. Kol. Itelson wygłosił odczyt p. t. **„Przemiana wodna w związku z zaburzeniami koloidalnemi ustroju"** (Praca była drukowana w Pol. Arch. Medyc. Wewnętrz. T. III. z. I.).

Dyskusja: Kol. Józef Kon zwraca uwagę na trzy szczegóły z referatu: 1. zwiększenie stężenia jonów wodorowych; 2. zwiększenie ilości Ca i 3. nastawienie sympatikotoniczne, sprzyja oddawaniu wody przez organizm. Dobrze znany objaw przy krzywicy — pocenie się, t. j. odpływ znaczniejszej ilości wody z organizmu możemy tłumaczyć sobie tem, że przy krzywicy mamy właśnie nadmiar H., bo jest ona kwasicą, mamy też tam dużo Ca we krwi (w rachitis florida — właśnie wskutek kwasicy — kości nie potrafią związać wapnia i nawet je tracą). Specjalne zestawienie układu roślinnego może sprzyjać poceniu się, t. j. tej właśnie postaci utraty wody.

5. Kol. Pik przedstawia **preparat móżdżku** pacjentki J. A. lat 24. Rozpoznanie kliniczne: guz móżdżku prawej półkuli. Na sekcji: zastój płynu mózgowego we wszystkich zbiornikach podoponowych, zwłaszcza w foramen Magendi, pozatem torbiel w półkuli prawej.

Posiedzenie naukowe w dniu 7. października 1925.

1. Kol. Grosglik przedstawił a) 14-letniego chłopca **z gruźlicą górnej szczęki lewej;** sprawa trwała dwa lata; przez dwa otwory przetoki wydzielała się obficie ropa; przez górny wydzielały się również martwiaki; dookoła zaś otworu dolnego utworzył się zołzak wrzodziejący. Dwa naświetlania promieniami Roentgen'a z przerwą 7-tygodniową doprowadziły do zabliźnienia zatoki i zupełnego wyzdrowienia; b) kobietę 46-cio letnią, dotkniętą **toczniem policzka** lewego i okolicy podżuchwowej lewej od 28 lat. Trzy ogniska: przynosowe, przyuszne i podżuchwowe. Po dwu naświetlaniach bezskutecznych promieniami Roentgena zastosowano maść lekutylową, później pastę Boecka, stosując na miejsca nadżarte bezpośrednio lampę Kromayera. Leczenie trwało od września 1922 r. do stycznia 1923 r. Każde ognisko otrzymało 8 naświetlań od 30 minut do 1½ godzin. Pozostałe gruzełki nieliczne uległy wessaniu. Obecnie istnieją gładkie, twarde blizny. Po ukończeniu leczenia miejscowego stosowano przez szereg miesięcy naświetlanie ogólne lampą kwarcową.

2. Kol. Neumark przedstawił cztery przypadki **liszaja czerwonego płaskiego** leczone naświetlaniami promieniami Roentgena; naświetlany był rdzeń w okolicy międzyłopatkowej i lędźwiowej.

Przypadek I. **Liszaj płaski czerwony rogowy tułowia i kończyn oraz błony śluzowej ust.** Wysypka typowa liszaja płaskiego czerwonego w postaci grudek na całym tułowiu i kończynach; na podudziach ogniska liszaja rogowego. Objaw Köbnera dodatni; Odruch oko-sercowy dodatni. Badanie układu roślinnego metodą Danielopolu wykazuje hypoamphotonję, zwłaszcza hypovagotonję. Znaczna poprawa po 2 naświetlaniach.

Przypadek II. **Liszaj płaski czerwony ust i grzbietu języka.** Na grzbiecie języka płaskie grudki; takież grudeczki na powierzchni wewnętrznej policzków, w naświetlaniu znaczna poprawa.

Przypadek III. **Liszaj płaski czerwony brodawkowy przerostowy uda lewego i błony śluzowej ust.** Guzkowate i guzowate twory różnej wielkości o nierównej powierzchni, usianej licznemi szczelinami z silnie rozwiniętą warstwą rogową na podudziu lewem. Grudki typowe na wewnętrznej stronie policzków. Odruch oko-sercowy dodatni. Poprawa.

Przypadek IV. **Lichen ruber planus penis et mucosae oris.** Typowe wykwity na prąciu. Na śluzówce policzków grudki typowe barwy srebrzystobiałej. Dwa naświetlania; poprawa. Na prąciu, gdzie grudki po większej części uległy wessaniu.

3. Kol. Mikłaszewski wygłosił odczyt pod tyt.: **Druskieniki; szkic balneologiczny.**

Omówiwszy historję rozwoju uzdrowiska, o którem wspominają już kroniki w XVI wieku, mówca przechodzi do opisu stanu obecnego: warunków klimatycznych i własności leczniczych zdrojów Druskienickich; opisuje klimat oraz krajobraz, który jest nadzwyczaj malowniczy ze względu na falistość terenu lesistego, przeciętego biegiem rzeki Niemna i jego dopływu, Rotniczanki. Moment ten musi być zawsze brany pod uwagę przy ocenie wartości leczniczych uzdrowisk, albowiem strona psychiczna w lecznictwie zdrojowem odgrywa poważną rolę. Klimat Druskieński jest uzdrawiający. Daleko większą rolę odgrywają Druskieniki jako zdrojowisko posiadające wyborne źródła solankowe, mianowicie zimne solanki chloro-bromowe z domieszką wapna i magnezu i zawierające według analizy prof. Mizernickego emanację radową w ilości 6-ciu jednostek Macha w jednym litrze. Zdroje Druskienickie pomimo bardzo słabej mineralizacji (2% soli) są jednak b. czynne i powodują znaczny odczyn ze strony ustroju, większy, niż to zazwyczaj się spostrzega po stosowaniu solanek o silniejszej mineralizacji. Mówca przedstawia poglądy na znaczenie emanacji radowej i zaczynów mineralnych przy stosowaniu kąpieli solankowych; podkreśla zmianę poglądów na oddziaływanie emanacji radowej na ustrój przy stosowaniu jej na skórę w kąpielach. Obok kąpieli solankowych i bardzo dobrej borowiny posiadają jeszcze Druskieniki wyborne kąpiele słoneczno-powietrzne, które Sabatowski zalicza do najlepszych w Polsce. Jeżeli dodamy do tego doskonałe kąpiele rzeczne w Niemnie i kaskadowe w Rotniczance będzie to pokaźny zespół rozmaitych warunków leczniczych, dzięki którym kuracja w Druskienikach daje bardzo dobre wyniki w rozmaitych schorzeniach, jako to: niektóre choroby przemiany materji; reumatyzm, artretyzm, dna, rozmaite schorzenia dzieci na tle zołzowem, niedokrewność, cierpienia nerwowe o charakterze czynnościowym. Obok zalet mają Druskieniki i wady: przedewszystkiem brak kanalizacji, mała ilość ulic zabrukowanych, niedostateczna ilość mieszkań. Urządzenia kąpielowe stoją na właściwym poziomie; należy podkreślić brak inhalatorium. Wreszcie mówca podkreśla jeszcze jedną bardzo dodatnią stronę, mianowicie: pracę grona lekarzy zdrojowych, którzy pomimo obszernej praktyki — opracowują materjał zebrany naukowo. W końcu wysuwa dwa wnioski: 1. aby zostały utworzone katedry balneologji

przy naszych wszechnicach i 2. należałoby opracować albo poddań rewizji ustawę o praktyce lekarskiej w naszych uzdrowiskach w sensie ustanowienia pewnego steru, rozumiejąc pod tem specjalne wyszkolenie teoretyczne i kliniczne.

Dyskusja: Kol. Gliksman zapytuje, czy do Druskienik kieruje się chorych z kamicą żółciową. Kol. Mikłaszewski odpowiada, że nic wie, czy tacy chorzy są tam kierowani; z cierpień narządów trawienia wskazany jest pobyt chorych z nieżytami żołądka o zmniejszonej kwasocie. Kol. Sterling podkreśla że ujemną stroną wielu uzdrowisk jest reklamowanie się, o skuteczności na wszelkie cierpienia. Zaletą Druskienik w odróżnieniu od innych miejscowości kąpielowych jest pobyt tam wielu lekarzy o wysokiem wykształceniu; Badania wód mineralnych zdala od źródeł — jest badaniem wody nieświeżej. Podkreśla znaczenie wpływów moralnych podczas leczenia w miejscowościach kąpielowych.

Sekretarz: *Dr. A. Tenenbaum.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Izba lekarska lwowska.

Wyrok Sądu Izby Lekarskiej we Lwowie.

Dr. Weisskopf Daniel, lekarz zamieszkały w Jazłowcu winien jest, że ubiegał się o posadę lekarza kasy Chorych, która nie była opróżniona. Czynem tym dopuścił się Dr. Weisskopf Daniel ciężkiego przewinienia przeciw zasadom etyki lekarskiej, a w szczególności z § 32 kodeksu deontologji lekarskiej. Za to zasądza się go po myśli § 30 lit. C. ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lek. z dnia 2. grudnia 1921 przy uwzględnieniu łagodzących okoliczności na karę pierwszego stopnia tj. upomnienie zaostrzone ogłoszeniem wyroku w Polskiej Gazecie lekarskiej z podaniem imienia i nazwiska.

Lwów, dnia 10. grudnia 1925. Sąd Izby Lekarskiej.

Generalny sekretarz: *Dr. Zion.* Przewodniczący Sądu: *Ign. Zieliński.*

Izba lekarska łódzka.

Wybory do Rady Izby.

Urna została otwarta o godzinie 9 m. 3 wieczorem dnia 20. XII. 1925 r. Ogólna ilość uprawnionych do głosowania 566.

Oddano głosów 273, unieważniono 10 kartek wyborczych z powodu niepodania nazwiska na kopercie zewnętrznej, 1 z powodu zaopatrzenia pieczątką koperty wewnętrznej, 2 z powodu zaopatrzenia karty wyborczej podpisem, 4 podano puste.

Kartek ważnych 256.

Wynik głosowania: 1. Tomaszewski 251 gł. — 2. Sterling 249 gł. — 3. Mittelstaedt 248 gł. — 4. Dreszer 247 gł — 5. Rosiewicz 247 gł. — 6. Augspach 245 gł. — 7. Klozenberg 245 gł. — 8. Koszutski 245 gł. — 9. Frenkiel 244 gł. — 10. Watten 244 gł. — 11. Margolis 243 gł. — 12. Starzyński 243 gł. — 13. Ajzner 242 gł. — 14. Michalski 242 gł. 15. Prechner 241 gł. 16. Rechniowski 241 gł. — 17. Dobulewicz 240 gł. — 18. Tochterman 240 gł. — 19. Knichowiecki 239 gł. — 20. Perlis 238 gł. — 21. Marzyński 238 gł .— 22. Goldman 237 gł. — 23. Schweig 236 gł. 24. Goldblum 232 gł. — 25. Skusiewicz 231 gł. — 26. Garewicz 226 gł. — 27. Dawidowicz 213 gł.

Komisarz wyborczy Dr. *Mogilnicki.*

Izba lekarska warszawsko-białostocka.

Wybory do Rady Izby. W wyborach do rady Izby Lekarskiej Warszawsko-białostockiej wzięło udział 1185 członków Izby czyli 59.3% wyborców. Jak widzimy, udział wyborców był względnie niewielki. Zwyciężyła lista t. zw. kompromisowa.

Pierwsze posiedzenie nowowybranej Rady Izby odbędzie się w dniu 20 b. m. Na porządku dziennym są wybory członków Zarządu, komisji rewizyjnej, Sądu oraz delegatów do Naczelnej Izby Lekarskiej.

Cennik poborów lekarskich w Województwie Krakowskiem.

Na zasadzie art. 21 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej ogłasza województwo krakowskie po zasięgnięciu opinji Izby lekarskiej krakowskiej cennik poborów lekarskich, który ma moc obowiązującą na wypadek niezawarcia z lekarzem umowy o inną należytość. Pod pojęcie umowy, jaka przedewszystkiem jest podstawą regulowania należytości lekarskich należy tutaj podciągnąć nietylko umowę zawartą wyraźnie, ale także umowę zawartą milcząco.

Cennik ten nie jest ani maksymalny, ani minimalny, tylko podaje normy przeciętne należności, których różna wysokość w danej miejscowości zależy: od stanowiska naukowego lekarza, od rodzaju usługi lekarskiej, od stopnia zamożności pacjenta, od lokalnych stosunków drożyźnianych.

Specjalistom przysługuje 50 proc. zwyżki od poborów w pozycjach cennika od 1—7 włącznie. Za specjalistów należy uważać lekarzy, którzy wykonują praktykę wyłącznie w jednym dziale medycyny nabywszy przez dłuższe studja fachowe i praktykę w tym dziale specjalne doświadczenia. Cennik obowiązuje z dniem jego ogłoszenia, z którym to dniem tracą ważność wszelkie lokalne cenniki poprzednio zatwierdzone.

1. Porada pierwsza u lekarza w domu od 4—10 zł. 2. Porady następne w tej samej chorobie o 25 proc. niższe. 3. Porada u chorego w domu od 6—15 zł (koszta lokomocji ponosi chory). 4. Za wyjazd poza granice siedziby względnie w miejscu w razie odległości powyżej 2 klm. dolicza się do należytości za poradę 3—8 zł za każde rozpoczęte pół godziny. 5. Za udział w poradzie lekarskiej (konsyljum) konsyljarjusz pobiera o 50 proc. więcej, lekarz ordynujący o 25 proc. od norm podanych wyżej w p. 1—4 włącznie. 6. W porze nocnej tj. od 22-iej do 8 godziny wszystkie powyższe należytości wzrastają do podwójnej wysokości (od 1—5 włącznie). 7. Za porady w niedzielę i święta wolno doliczać do powyższych poborów 50 proc. (prócz nagłych wypadków). 8. Operacje położnicze mniejsze od 50—75 zł, średnie od 75—100 zł, ciężkie od 100—150 zł. Poród zwykły prawidłowy od 30—50 zł. Godzina czekania przy porodzie od 6—10 zł. 9. Szczepienie ochronne przeciw ospie z rewizją i świadectwem (bez krowianki) od 4—12 zł. 10. Świadectwa lekarskie zdrowia lub choroby od 6—12 zł. 11. Za wszelkie inne zabiegi, analizy i td. należytość według umowy.

W razie sporu o słuszność lub wysokość należytości przysługuje lekarzowi i stronie prawo zwrócenia się we wzajemnem porozumieniu do Izby lekarskiej krakowskiej celem zgodnego załatwienia sprawy, w razie zaś braku zgody na pośrednictwo Izby, sprawa sporna podlega kompetencji sądów ogólnych.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

x Z Uniwersytetu Warszawskiego. Dyplomy lekarzy w roku 1924/25 otrzymali: Pająk Stefan, Perec Mojżesz, Praport Szulim, Pinczewski Jakób Mordka, Pekelis Rubin, Pikielny Lazar, Rieznik Jakób Zelik, Romecki Bronisław, Rabinowicz Henryk, Rondomański Stanisław, Rajchman Mieczysław, Rywlin Jakób, Rajgrodzki Norbert Marjan, Rozental Maurycy, Rotstadt Stanisław.

Kraków.

Poradnia dla wad wymowy. Z dniem 7. XII. 1925. r. została otwarta przy klinice neurologicznej U. J., ul. Kopernika 43, pod kierownictwem dyrekcji kliniki poradnia dla wad wymowy, przeznaczona dla młodzieży szkół średnich, seminarjów nauczycielskich i szkół powszechnych. Kierownictwo poradni objęła Dr. Aleksandra Stępowska. Dni przyjęć: wtorek, czwartek i sobota od 9 do 11 przed południem. Leczenie będzie się odbywało w godzinach popołudniowych pomiędzy 4.30 do 6.30 w poniedziałek, środę i piątek.

Lwów.

Pożegnanie dyrektora Państw. Szpitala powszechnego dra K. Krzyżanowskiego, z okazji ustąpienia jego z tego stanowiska i przejścia na emeryturę odbyło się z końcem z. miesiąca. W serdecznych przemówieniach imieniem prymarjuszów, lekarzy pomocniczych, urzędników i służby, a dalej imieniem Kliniki i Tymcz. Wydziału Samorządowego żegnano dyrektora ustępującego, podnosząc jego wielką życzliwość i troskę o personal Szpitala, jakoteż nieustające starania o jego rozwój. Wręczeniem portretu zakończyła się uroczystość pożegnania czcigodnego dyrektora.

W sprawie bibljografji polskiego zdrojownictwa otrzymujemy od dra St. Lewickiego pismo następujące:

W Przeglądzie zdrojowo-kąpielowym z r. 1925 oraz w Pamiętniku Polskiego Tow. Balneologicznego T. IV. pomieszczoną została moja Bibljografja polskiego zdrojownictwa. Redakcja zapomniała jednak zaznaczyć, że jestto dopiero początek, część odnosząca się do ogólnego zdrojownictwa; część szczegółowa, znacznie obszerniejsza, obejmująca bibljografję poszczególnych zdrojowisk, ma się dopiero ukazać. Gdy mnie z tego powodu spotykają rozmaite zarzuty, donoszę to do ogólnej wiadomości.

Dr. Stanisław Lewicki Lekarz zdrojowy w Krynicy.

Sprostowanie.

Do artykulu Dr. St. Ostrowskiego w Nrze 51 P. G. L. r. 1925: Odruch o.-s. u chorych z dermatozami... Na str. 1078 w ostatnim ustępie w linji 8 opuszczono po słowach: »w drugim przy osłabionym N. błędnym« — droga ta mogłaby przypuszczalnie przechodzić: *trigeminus* — (*vagus*) *sympaticus*. N. współczulny zatem byłby w tym razie drogą odśrodkową odruchu odwrotnego.